

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N° 232

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MARTHE LAMY

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris, le 3 juin 1893

LA

Coxite gonococcique

Président de Thèse: M. LECÈNE, PROFESSEUR

PARIS

GAUTHIER-VILLARS ET C^{ie}, ÉDITEURS

55, Quai des Grands-Augustins, 55

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MARTHE LAMY

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris, le 3 juin 1893

LA

Coxite gonococcique

Président de Thèse : M. LECÈNE, PROFESSEUR

PARIS

GAUTHIER-VILLARS ET C^{ie}, ÉDITEURS

55, Quai des Grands-Augustins, 55

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS.

Doyen..... M. ROGER.

I. — Professeurs.

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.....	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et Matière médicale.....	TIFFENEAU
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	MAURICE VILLARET.
Thérapeutique.....	LOEBER
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
	CARNOT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	N...
Hygiène et Clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT
Clinique des mal. mentales et des mal. de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.....	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique.....	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA



II. — Agrégés en exercice.

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	JOYEUX.....	Parasitologie.
ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie	LABBE (Henri)...	Chimie biologique.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LEROUX.....	Anatomie pathologique.
BINET.....	Physiologie.	LÉVY-SOLAL....	Obstétrique.
BLANCHETIERE.	Chimie biologique.	LHERMITTE....	Pathologie mentale.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.	LIAN.....	Pathologie médicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	MERCIER Fernand	Pharmacologie.
CHABROL.....	Pathologie médicale.	METZGER.....	Obstétrique.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
DEBRE.....	Hygiène.	MULON.....	Histologie.
DOGNON.....	Physique.	OBERLING.....	Anatomie pathologique.
DONZELOT.....	Pathologie médicale.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
DUVOIR.....	Médecine légale.	QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.	RICHEL Fils.....	Physiologie.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.	SEZARY.....	Dermatologie et syphi- ligraphie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.		
GATELLIER.....	Pathologie chirurgicale.	VALLERY-RADOT	
GIROUD.....	Histologie.	(Pasteur),....	Pathologie médicale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL....	Obstétrique.
HEITZ-BOYER...	Urologie	VELTER.....	Ophthalmologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.	VERNE.....	Histologie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.	OLIVIER.....	Anatomie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens.

MM.		MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.	REITTERER.....	Histologie.
LEQUEUX.....	Obstétrique.	ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent.

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale	LÉRI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.		

V. — Chargés de cours.

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de Chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR HENRI FERDINAND DOLBEAU

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR HENRI MONDOR

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

*en témoignage de ma vive et profonde
reconnaissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

*au Maître qui m'a fait l'honneur
de présider ma Thèse et m'a
toujours témoigné tant de bien-
veillance.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage

1919-1920. — M. le Professeur BROCA (*in memoriam*)

« M. le Docteur PARMENTIER

Externat

1921-1922 \ M. le Docteur DUJARIER
/ M. le Professeur agrégé P. MATHIEU

1922-1923. 1^{er} sem. M. le Professeur P. DUVAL
» 2^e sem. M. le Professeur E. SERGENT

1923-1924. 1^{er} sem. M. le Docteur H. DUFOUR
» 2^e sem. { M. le Professeur P. LECÈNE
/ M. le Professeur agrégé H. MONDOR

1924-1925. M. le Docteur LESNÉ

1925-1926. M. le Professeur agrégé A. JOUSSET

1926-1927. { M. le Docteur Ch. SOULIGOUX
/ M. le Professeur agrégé H. MONDOR

A MM. les Docteurs BASSET, GATELLIER, LE GRAND, MADIER,
PHÉLIP, TROISIER.

Au Docteur Paulette GAUTHIER-VILLARS

LA COXITE GONOCOCCIQUE

HISTORIQUE.

La coxite gonococcique soulève, nous le verrons, une série de problèmes, arthrites coxo-fémorales de l'enfance et de la puerpéralité, luxations pathologiques de la hanche, déformations des bassins : nous aurons donc, en étudiant la maladie dans ces divers aspects, à rappeler bien des noms qui ne sauraient trouver place ici dans un court exposé historique général.

Or, pour l'histoire de la coxite gonococcique, deux noms seuls méritent d'être retenus, ceux de deux auteurs qui, à 25 ans de distance, jetèrent les plus vives lumières sur l'affection ; en Allemagne, celui de König dès 1901, et en 1926, en France, celui de M. Mondor.

Longtemps, toute affection de la hanche fut dénommée *coxalgie*, terme symptomatique que nous réservons maintenant à l'arthrite tuberculeuse coxo-fémorale, et toute polyarthrite était considérée comme étant sous la dépendance du rhumatisme articulaire aigu. Ainsi devait naître cette « coxalgie ou coxite rhumatismale », qui pendant si longtemps servit à masquer un nombre considérable de coxites gonococciques vraies.

Les complications articulaires de la blennorragie étaient cependant connues depuis longtemps, mais la localisation à la hanche, moins fréquente qu'aux autres articulations, la faisait sans doute méconnaître. Comme, d'autre part, la coxite gonococcique est, dans la majorité des cas, à forme grave, on n'osait pas faire le rapprochement nécessaire entre l'affection génitale banale et cette arthrite sérieuse de la hanche, souvent suppurée, souvent destructrice, parfois mortelle : on restait ignorant des pseudo-luxations pathologiques, et du rôle de la septicémie microbienne.

Des cliniciens de sens très sûr avaient fait cependant des constatations intéressantes.

La première observation que nous avons pu retrouver est de Cōulson qui, en 1837, faisant paraître à Londres une monographie sur les affections de la hanche, écrivait : « La gonorrhée, également maladie de la sécrétion, peut donner lieu à une affection de la hanche. Un monsieur, en prenant du copahu pour la guérison de sa gonorrhée, vit l'écoulement urétral s'interrompre tout à coup, et fut saisi d'une sévère attaque de la hanche droite dont il ne se remit pas pendant des années. »

Dix-sept ans plus tard, en 1854, Brandès de Copenhague, fort instruit des arthrites blennorragiques, apportait trois observations personnelles où « le rhumatisme avait envahi une articulation beaucoup moins souvent affectée, la hanche ».

En France, Richet devait en 1868 faire la première leçon clinique sur le sujet à propos d'un cas de son service. Il s'agissait d'un garçon de 16 ans atteint d'une affection aiguë très douloureuse de la hanche que Richet intitula « coxalgie rhumato-blennorragique en raison des circonstances particulières qui avaient précédé ou accompagné son développement ». Le malade est ici bien observé : l'examen clinique très fouillé avait fait découvrir, au bout de plusieurs jours, un écoulement peu abondant et naturellement nié par le patient qui permit à Richet « d'attribuer à *l'état génital* les phénomènes coxalgiques et la tendance à la suppuration » et Fort, qui rapporte la leçon clinique, devait ajouter dans son admiration pour son maître : « Il a fallu à M. Richet toute son habileté et son tact exquis pour arriver à cette précision de diagnostic qui nous paraissait hérissé de difficulté à l'entrée. »

D'autres belles observations devaient suivre. Voelker, Cloquet savaient dépister l'affection sur des signes cliniques qui alors leur paraissaient suffisants, et Chapplain de Marseille en 1874, dans un rapport à la Société de Chirurgie sur « Quelques maladies chirurgicales des articulations », mentionnait comme digne d'être rapportée, une coxite blennorragique bilatérale à forme pyohémique terminée par la mort ; « un symptôme me ramenait à rapporter l'inflammation articulaire à la blennorragie : c'était la tendance évidente de l'inflammation à se terminer par la suppuration ».

Ceci était dit à l'époque où l'on croyait encore le « rhumatisme blennorragique » incapable de suppurer sans affection surajoutée.

Il n'est pas possible de citer toutes les observations publiées dans ce temps-là ; mais le diagnostic de la maladie ne devait pas paraître toujours aussi aisé à tous, car que de « coxalgies rhumatismales », que de luxations de la hanche, « au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu » semblent aujourd'hui, à la lecture, avoir été probablement causées par le gonocoque.

En 1866, s'était ouverte à la Société Médicale une discussion fameuse sur le rhumatisme blennorragique en général, et aussi sur l'identité du rhumatisme puerpéral et du rhumatisme blennorragique. Bien des auteurs,

comme Dubois, se contentaient alors devant une arthrite coxo-fémorale survenue au troisième mois d'une grossesse, de penser que la « tendance à l'ankylose fibreuse sans aucune menace de suppuration coïncidant avec un excellent état général, rentre bien dans les caractères que l'on attribue aux affections articulaires rhumatismales par opposition aux affections articulaires scrofuleuses ».

Quelques paroles devaient cependant de temps à autre forcer l'attention.

Nous avons ainsi de Gosselin, en 1879, une fort belle observation « d'arthrite, suite plus que probable de la blennorrhagie » qui mériterait d'être rapportée entièrement. Le cas, bien observé, vaut surtout par la discussion qu'il entraîne. « Quel nom précis assigner à cette maladie », se demande Gosselin. « Est-ce une arthrite idiopathique de la hanche ? Est-ce une ostéite du fémur ? Est-ce une coxalgie ? Le début de la coxalgie ne s'annonce pas avec une telle violence. Une invasion si brusque marquée par de vives douleurs enfin, n'est pas le propre de l'arthrite fongueuse.... Un fait domine ici la scène pathologique : c'est le début de l'arthrite au trentième jour de la blennorrhagie. »

Et un peu plus loin : « Une particularité propre à l'articulation de la hanche, c'est la luxation spontanée... Le Sauvage de Caen, et Parise de Lille ont très bien décrit la luxation spontanée du fémur ; mais ce qu'ils n'ont pas assez dit, c'est que cette infirmité est surtout liée à la blennorrhagie.... Quelles ressources opposer à ce redoutable épiphénomène ? Elles sont bien peu nombreuses. Le chirurgien n'a qu'un moyen vraiment curatif à lui opposer, l'*immobilisation*. Les appareils inamovibles rendraient de grands services, mais la difficulté c'est de les poser à cause des secousses infligées. » Gosselin le premier, insistait, véritablement sur quelques points d'importance.

L'affection devenait d'ailleurs de connaissance classique : Mathieu et Strauss en 1879, dans le Dictionnaire Dechambre lui consacraient, à l'article Coxalgie, un long paragraphe et demandaient « qu'on relevât un certain nombre d'observations probantes afin de se faire une opinion touchant la possibilité d'une coxalgie de cause blennorrhagique ou urétrale ». D'après ces auteurs, il semblerait que l'Allemagne surtout se soit, à cette époque, intéressée à la question, puisque dès 1874, au Congrès des Chirurgiens allemands, plusieurs faits de « coxalgies succédant à la blennorrhagie » avaient été rapportés. Nous n'avons pu malheureusement retrouver les communications originales de ce Congrès. Ces chirurgiens étaient Langenbeck, Lucke, Volkmann, qui tous firent connaître leurs observations personnelles.

La coxite gonococcique, connue dans ses détails cliniques, devait bénéficier de l'apport de notions nouvelles : connaissances anatomo-pathologiques, découverte du microbe causal : le gonocoque.

Il y eut un temps où, prématurément, on réséquait les articulations coxo-fémorales malades, qu'elles fussent tuberculeuses ou « rhumatismales »

et ankylosantes. Ceci devait amener à faire d'intéressantes constatations sur les lésions osseuses des arthrites blennorragiques de la hanche.

La première mention d'une résection pour « coxalgie blennorragique » se trouve dans l'article du Dictionnaire Dechambre déjà cité.

L'opération fut pratiquée le 14 avril 1872 par Langenbeck, fort surpris de trouver la tête fémorale cariée.

Beaucoup plus tard, en 1891, Karewski confia encore à Langenbeck une luxation de hanche survenue au cours d'une coxite gonococcique, et nous rapporte, à ce sujet, de longs détails anatomo-pathologiques. Ce sont les premiers faits bien observés de destruction osseuse dans les arthrites blennorragiques de la hanche.

C'était aussi le temps des découvertes bactériologiques, et en 1886, Sonnenburg, ayant pratiqué une résection de hanche blennorragique, pouvait dans la tête fémorale à demi-détruite mettre en évidence le gonocoque et conseillait alors de ne plus jamais omettre cette recherche.

Hewes en 1894 signalait une arthrite coxo-fémorale bilatérale avec hémoculture positive.

Weifser, cité par Chadwick, avait la même année fait une ponction de hanche dont le liquide cultivé mettait en évidence un gonocoque qui put être réensemencé. Chadwick, encore, obtenait, dans un autre cas, une hémoculture positive. Mais ce qui empêcha des contrôles bactériologiques plus fréquents, c'est que bien des chirurgiens et bien des médecins se trouvaient, comme Singer, pourtant si appliqué lui-même à montrer la présence du gonocoque dans les métastases articulaires, arrêtés par la crainte « de ponctionner une articulation si profondément située ».

Il semblait maintenant possible, en groupant ces notions cliniques, anatomiques et bactériologiques, de décrire une affection gonococcique particulière au niveau de la hanche.

Quelques auteurs semblèrent pressentir tout l'intérêt de la question.

En France, en 1899, Duplant et Péhu, à propos de deux cas, fort bien vus d'ailleurs, d'arthrites blennorragiques de la hanche, avaient tenté une esquisse assez vague de l'affection, fait quelques recherches historiques; Bennecke, cette même année, dans son livre sur les « arthrites blennorragiques » s'était étendu assez longuement sur la localisation coxo-fémorale de l'affection, pensant que « le tableau clinique est si caractéristique qu'il mérite une description propre, que la coxite gonococcique est une affection grave qui laisse des séquelles pendant des années et des destructions définitives », mais n'osant pas « donner de conclusions sur les quelques exemples » qu'il rapportait.

Mais c'est à König, le chirurgien de cette époque qui a le mieux compris les arthrites gonococciques, que doit revenir l'honneur d'avoir brossé le premier un tableau complet de la maladie.

Il l'esquissa d'abord dans un premier article de 1900, à propos des complications chirurgicales de la blennorragie où il disait : « La coxite gonococcique est une affection bien caractérisée. » Puis l'année d'après, étudiant les « maladies de la hanche », il consacra plusieurs pages à la « coxite gonococcique, *véritable maladie autonome, entité pathologique toute particulière*, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit en général, et fort difficile à traiter ».

Tous les éléments de la question sont ici réunis, le problème posé tel qu'il devait l'être, et dans toute son ampleur. L'étiologie avec les arthrites puerpérales, les symptômes de valeur, les formes cliniques, les luxations pathologiques et leurs séquelles, les difficultés du traitement ont été vus par König avec clairvoyance et précision.

A cette étude trop longtemps ignorée en France il ne manquait qu'un seul élément, la radiographie. Le premier examen radiographique nous est fourni par Halipré en 1902, mais c'est Kienböck qui, en 1902, puis en 1903, devait nous faire connaître les signes radiographiques précoces des arthrites gonococciques, ces altérations osseuses peut-être plus rapides à la hanche qu'au niveau de toute autre articulation, en tout cas beaucoup plus graves.

Cette notion, très exploitée en Allemagne exclusivement, aboutit aux mémoires de Schlagenhauser en 1908, de Kienböck en 1912, puis de Breus et Kolisko en 1912 et 1913 sur les bassins gonococciques.

Depuis cette époque, de rares observations publiées ici et là ont seulement été des apports de détails plus ou moins intéressants. Nous excepterons cependant les remarquables recherches récentes de Coopermann sur les coxites gonococciques de l'enfance que nous devrons étudier longuement.

C'est alors qu'en 1926, M. Mondor chargé au Congrès de Chirurgie de Paris d'un rapport sur les arthrites gonococciques fut amené à suivre un cas de coxite gonococcique qui, disait-il, « m'a instruit sur l'arthrite gonococcique et ses terribles méfaits plus décisivement que les épaisses lectures auxquelles je me suis appliqué ».

En tout cas, ce devait être le prétexte au premier Mémoire français sur la question et à l'esquisse d'un chapitre de la pathologie de la hanche jusqu'ici négligé par tous les auteurs d'ouvrages didactiques.

Repris tout récemment par cet auteur dans son livre sur les Arthrites Gonococciques, il a suscité déjà quelques essais et quelques recherches comme les thèses de MM. Delteil et Pelletier et l'étude de MM. Langeron et Delcour.

ÉTIOLOGIE.

Fréquence. — La plupart des auteurs s'accordent pour considérer la localisation à la hanche du gonocoque comme « peu fréquente, peu commune » (Hamann, Walther) sinon « d'une extrême rareté » (Griffon) : non pas qu'ils méconnaissent la valeur de cette atteinte, car, comme dit Zieler, « si la hanche est rarement touchée, elle l'est toujours très gravement et guérit exceptionnellement sans raccourcissement et sans ankylose », mais plutôt selon l'opinion ancienne d'Audry et de Lagrange valable encore aujourd'hui « parce qu'elles sont mal connues bien que probablement assez fréquentes, et souvent confondues avec les arthrites tuberculeuses et puerpérales ».

De là vient sans doute que les statistiques sont si pauvres à ce sujet, et lorsque Duplant et Péhu rapportent leurs deux cas de coxite blennorragique, c'est à cause de la « rareté relative de cette localisation » et parce qu'ils n'ont pu trouver que cinq cas publiés avant les leurs.

Foucart, sur 18 cas, n'a pas une seule arthrite coxo-fémorale à signaler, Fournier en indique une au milieu de 59 cas et Voelker, ajoutant à ces chiffres les observations qu'il a pu relever dans les journaux et ses deux cas personnels, arrive difficilement au pauvre total de 19 hanches sur 168 localisations, et écrit avec toute sa conviction : « L'articulation de la hanche est loin d'être celle qui est le plus fréquemment atteinte, puisqu'elle ne vient qu'en sixième ligne. »

Brun, dont l'étude fouillée, consciencieuse, fait encore autorité et se base sur 20 observations, n'a pas vu une seule localisation coxo-fémorale : de Lapersonne pense que le siège à la hanche est presque spécial à la fièvre typhoïde et que dans la nomenclature des localisations de la blennorragie il faut lui assigner le cinquième rang, derrière la sterno-claviculaire.

On pourrait multiplier ces citations à l'infini. Bennecke en 1899, ayant en 16 mois soigné 15 hommes et 23 femmes atteints d'arthrites gonococciques, signale sur 58 localisations 7 hanches et 4 fois seulement unique localisation du mal.

Et lorsque Hamann en 1904, intéressé par 4 cas qu'il vient de voir chez des hommes en peu de temps, et qu'il a vérifiés bactériologiquement et histologiquement, fait quelques recherches dans la littérature, il trouve dans les Cliniques de Halsted 3 cas de hanche sur 50, 3 autres cas dans

Mauclaire, affirme que de 1898 à 1900 Bloodgood n'a pu ajouter un seul cas à ceux de la clinique de Hopkins, et il s'étonne que lui, Hamann, en ait vu 2 cas très nets en 3 mois d'hôpital, alors que König n'en a réuni que 18 cas en 5 ans à la Charité de Berlin.

Additionnons des statistiques prises au hasard, la rareté de la localisation coxo-fémorale semble sauter aux yeux.

Lovett	755 cas	42 hanches
Lesser	141 »	4 »
Gramenitzky.....	107 »	1 »
Cholzoff	104 »	1 »
Hurtado.....	56 »	8 »
Strandberg.....	134 »	14 »
	1297 cas	70 hanches

M. Mondor, dans la statistique qu'il a pris le soin d'établir, arrive au total de 112 hanches pour 3548 articulations atteintes, et lorsque Baer a apporté dernièrement les résultats de ses 100 arthroplasties de la hanche il n'a que 19 cas gonococciques.

Faut-il donc retenir ces chiffres ? Non sans doute, car on peut leur en opposer d'autres non moins convaincants.

Une toute récente statistique de Thomas de Philadelphie qui porte sur 107 cas signale 32 hanches, soit un pourcentage de 29 pour 100. Déjà, autrefois, Brandès n'avait-il pas relevé 10 arthrites coxo-fémorales sur 34 ?

De plus, tous les auteurs n'ont pas reconnu cette rareté de la coxite gonococcique. König la proclamait en 1901 beaucoup plus fréquente qu'on ne le disait. Sonnenburg, au cours d'une discussion, lui assignait le troisième rang parmi les arthrites gonococciques, et Nordmann plus tard écrira : « Toutes les articulations peuvent être atteintes au cours de la blennorrhagie, mais surtout le genou, le poignet, la hanche. »

Ces contradictions ne sont qu'apparentes. L'idée fixe du clinicien devant une hanche malade est encore à l'heure actuelle la tuberculose : de plus, pendant de longues années, le rhumatisme articulaire aigu a tenu une trop grande place dans la pathologie des arthrites, au point que M. Sainton disait encore en 1892 : « Dans les maladies infectieuses comme dans le rhumatisme, il n'est pas douteux qu'il y a une localisation très nette et fréquente sur l'articulation coxo-fémorale », et parmi ces causes c'est bien au rhumatisme qu'il est obligé d'accorder la première place.

Or, des auteurs comme Klemm, étudiant 43 cas d'arthrites aiguës de la hanche, peuvent donner comme responsables le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, le colibacille, le bacille typhique et oublier le gonocoque, ou comme Bressot affirmer que maintes pseudo-coxalgies sont certainement d'origine inflammatoire, mais de nature toujours inconnue ; tous les auteurs ne s'y sont pas trompés.

Taylor a bien noté un type d'arthrite atténuée de la hanche chez les adolescents et les jeunes adultes qui est, il faut s'en convaincre, très fréquemment d'origine gonococcique; Broca, lui aussi, savait que bien des arthralgies et congestions passagères de la hanche sont à imputer au gonocoque, et Parker le disait encore il n'y a pas très longtemps : une hanche blennorragique est souvent la seule manifestation de la maladie.

Le nombre des coxites gonococciques pourra donc être singulièrement accru, dès que l'attention du clinicien sera attirée sur cette localisation du microcoque de Neisser.

La statistique personnelle de M. Mondor comprend 8 cas observés en quelques mois; ce sont les seuls chiffres importants depuis ceux de König en 1901.

Nous y ajoutons aujourd'hui 11 observations nouvelles vues en un court espace de temps qui, avec les 180 observations environ qu'il est possible de relever dans la littérature, forment la base de ce travail et nous permettent de dire que la localisation coxo-fémorale de la gonococcie est fréquente.

Age. — Le nourrisson, l'enfant comme l'adolescent ou l'adulte sont menacés par cette complication.

Coopermann vient d'en observer 12 cas chez des enfants de quelques semaines, et l'évolution en fut particulièrement grave.

Les petits malades de Strandberg, de Grisel, de Hallé avaient respectivement 5 et 7 ans.

A l'opposé, Arning et Meyer Delens virent la localisation coxo-fémorale compliquer une gonococcie chez un homme de 51 ans, et un autre malade atteint de spondylose rhizomélisque suite de blennorragie avait 58 ans.

König voulait que la coxite gonococcique fut surtout fréquente entre 20 et 40 ans. En réalité, comme toute atteinte blennorragique, elle se voit de préférence à l'âge des contaminations, donc chez des êtres en pleine activité génitale.

Voici comment se répartissent les cas que nous avons relevés.

De 15 à 20 ans.....	16 cas
De 20 à 30 ans.....	57 »
De 30 à 40 ans.....	23 »
De 40 à 50 ans.....	14 »
Après 50 ans.....	2 »

Sexe. — Cloquet certifiait que la localisation coxo-fémorale gonococcique est l'apanage des femmes. A son époque cependant, l'arthrite blennorragique passait pour beaucoup plus rare chez la femme.

Certaines statistiques semblent infirmer cette dernière manière de voir. Celle de Strandberg note 14 hommes sans une femme. Lesser et Hamann

ont vu respectivement trois et quatre atteintes de la hanche, toutes chez des hommes. La statistique que nous avons établie d'après les observations publiées, donne aussi une plus forte proportion d'hommes, 94 hommes et 78 femmes. Ici encore les chiffres n'ont qu'une valeur relative, puisqu'on peut immédiatement leur en opposer d'autres. Musham signalait deux coxites, toutes deux chez des femmes. König se basant sur son expérience personnelle, non négligeable, la voyait survenir de préférence chez la femme et sur ses 20 cas notait 11 femmes et 9 hommes. Nous-même, dans nos observations personnelles, ne rapportons que 2 cas survenus chez des hommes contre 9 cas chez des femmes.

Chez les enfants, le maximum est encore en faveur des petites filles peut-être à cause de la grande fréquence des vulvites.

Nous avons trouvé ainsi 18 filles et seulement 6 garçons.

De tout ceci il est difficile de retirer un enseignement, mais n'oublions pas que « la gonococcie passe plus souvent inaperçue chez la femme, que la recherche en est infiniment plus difficile que chez l'homme », et qu'en rattachant à leur véritable cause bien des affections coxo-fémorales de la grossesse ou des suites de couches, on élèverait encore le pourcentage féminin des coxites gonococciques.

Porte d'entrée microbienne. — Elle n'offre ici rien de particulier. La lésion initiale peut être la même que dans tous les autres cas d'arthrites blennorragiques, et rien ne s'oppose en principe à ce que l'ophtalmie, l'infection d'une plaie ombilicale ou cutanée, la rhino-pharyngite invoquées par certains auteurs se compliquent d'une coxite.

Porter, seul, signale comme ayant précédé l'arthrite coxo-fémorale chez son malade une conjonctivite gonococcique, mais ont été surtout notées par les observateurs : l'urétrite, la vulvite, la rectite.

L'URÉTHRITE. — Il y a trop longtemps que les auteurs ont insisté sur sa fréquence au cours des arthrites gonococciques pour que nous ayons besoin d'en reparler ici. Rappelons cependant encore une fois combien elle demande à être recherchée avec soin et patience.

Non seulement il faut parfois en extraire le souvenir de la mémoire parce que trop ancienne, ou guérie vite et par conséquent oubliée au moment de la phase articulaire, mais encore la faire admettre souvent au malade décidé à nier devant toute évidence.

« Avec un air de candeur qui a trompé tous ceux qui l'ont interrogé, ce jeune homme raconte qu'il est malade depuis 1 jour et que sa maladie lui paraît devoir être attribuée à un effort considérable qu'il aurait fait en soutenant une forte barrique de vin, ce qui aurait déterminé le crachement de quelques filets de sang et une violente douleur dans tout le membre droit. Il raconte aussi qu'il s'est refroidi après avoir eu très chaud 2 ou

3 jours auparavant, alors qu'il traînait une voiture en montant la côte de Montmartre. » (Richet.)

Or, il existait surtout un écoulement peu abondant que l'on constata par la suite, ce qui faisait ajouter à Richet navré : « Ce malade nous offre un exemple du peu de confiance que l'on doit ajouter au récit de la plupart d'entre eux touchant la cause présumée de leur mal. »

Les vésicules séminales jouent encore ici leur rôle de réservoir microbien, et nous connaissons deux observations de Fuller où la sémino-vésiculotomie fut seule capable de guérir des coxites dont l'une bilatérale était vieille de 8 ans.

Enfin n'oublions pas que l'urétrite du petit garçon ne peut plus maintenant être niée.

LA VULVITE. — Vulvite, vaginite, salpingite sont chez la femme la traduction de l'infection blennorragique.

Chez la petite fille, la vulvite est à gonocoques 9 fois sur 10 et, sans grand tapage, à l'origine de mainte arthrite; cette connaissance permit à M. Capette de faire chez une fillette de 14 ans et demi qui ne présentait qu'un écoulement vaginal insignifiant le diagnostic de localisation Neisserienne de la hanche et du genou que confirma un examen bactériologique.

Dans une belle observation, Grisel, à l'occasion d'une arthrite de la hanche chez une enfant de 10 ans, devait, après maintes recherches, conclure au rôle de la vulvite dans cette arthrite.

« Caché dans les replis vulvaires », le gonocoque est souvent d'une recherche mal aisée. C'est ainsi que chez une jeune malade de M. Mondor, il fallut une série d'examens persévérants pour permettre d'identifier une coxite grave qui avait paru inexplicable à deux cliniciens avertis.

Dans un autre cas d'arthrite coxo-fémorale *post abortum* avec luxation, vu tardivement chez une femme qui paraissait nier avec bonne foi tout écoulement leucorrhéique, plusieurs examens bactériologiques montrèrent la présence de gonocoques dans le vagin.

RECTITE. — Elle mériterait d'être recherchée avec plus de soin surtout chez l'enfant, puisque des auteurs comme Coopermann, se basant, comme nous le dirons plus loin, sur des documents de valeur, l'ont vue être à l'origine de septicémie gonococcique et se compliquer dans plusieurs cas, qu'ils furent appelés à suivre, de métastase coxo-fémorale.

Epoque d'apparition. — « La coxite, disait König, débute pendant le stade aigu de la blennorragie, mais parfois aussi dans les uréthrites postérieures plus anciennes.

Il nous a paru inutile d'en faire à ce sujet des recherches dans les observations recueillies, de dresser une statistique de nos cas personnels.

M. Mondor nous l'a fort bien rappelé pour toute arthrite gonococcique, elle survient au stade aigu ou au stade chronique de la blennorragie, parfois au cours de blennorragies passées totalement inaperçues et bien souvent, même des années après un écoulement depuis longtemps guéri et chassé du souvenir.

Peut-être pourrait-on vérifier seulement que les cas de coxites graves se voient surtout à la phase aiguë de l'infection, au cours des réveils aigus causés par une grossesse, un avortement, un accouchement et que les arthrites lentes chroniques de la hanche sont le fait d'infections elles-mêmes traînantes.

Forme. — De même est-il d'un intérêt quelconque de savoir si les formes polyarticulaires l'emportent sur les formes monoarticulaires ? Bennecke en 1899, sur 7 localisations à la hanche, notait 4 fois la forme monoarticulaire, soit plus d'une fois sur deux.

Nous avons trouvé dans la littérature environ 82 localisations exclusivement coxo-fémorales et 57 atteintes polyarticulaires où la hanche était touchée de façon importante. M. Mondor n'a eu qu'une seule fois à soigner une coxite aiguë qui se compliquait d'autres arthrites et personnellement nous n'en connaissons qu'un autre cas sur 12 observations, et c'était une spondylose rhyzomélique.

König, qui fit autorité pendant 25 ans, trouve l'affection le plus souvent isolée, ou encore les deux hanches atteintes simultanément, mais à un degré divers. « Lorsqu'elle se complique, dit-il, d'autres arthrites, il s'agit en particulier d'arthrites contemporaines du rachis avec ankylose progressive, et ceci ne serait pas une rareté. » Mais nous nous réservons d'insister plus longuement ailleurs sur ces formes intéressantes.

Ce que nous ne devons pas oublier, c'est que le gonocoque lèche les articulations avant d'en mordre une plus particulièrement, et que la phase polyarticulaire ne manque pour ainsi dire jamais au stade initial de l'affection, pour peu qu'on prenne soin de la rechercher attentivement.

Causes prédisposantes. — Une hanche déjà touchée par l'infection gonococcique est certainement plus susceptible d'une deuxième atteinte lors d'une récidive ou d'une recrudescence de la blennorragie. Les malades de Brandès, Chadwick, Arning et Meyer Delens, Marotta, faisaient leur localisation articulaire toujours à la même hanche et ceci 2 et 3 ans après un premier épisode semblable.

Ne retenons que comme tout à fait exceptionnel ce cas de Hoeck, où la coxite gonococcique de l'enfant se développa sur une luxation qui parut congénitale et où l'autopsie fit découvrir une néarthrose remplie de pus. L'auteur ne paraît pas avoir envisagé ici la possibilité d'une luxation compliquant une arthrite; y eut-il simple coïncidence d'arthrite et de

luxation ou la malformation antérieure servit-elle de point d'appel à la localisation microbienne ?

On sait surtout, et Grisel le répétait en 1910, que la hanche est chez l'être jeune une articulation de moindre résistance.

Il faudrait de plus étudier le rôle un peu particulier à la hanche, des cartilages de conjugaison, du fait de leur situation intra-articulaire, ce qui expliquerait peut-être les formes ostéo-articulaires de la blennorragie encore mal approfondies.

Beaucoup plus intéressantes à noter dans la production des coxites sont les notions de traumatisme et de puerpéralité.

TRAUMATISME. — Qu'il s'agisse de tumeur blanche, de lésion articulaire infectieuse, le malade invoque toujours à l'origine le traumatisme, l'accident de travail. Quelques observations d'arthrites gonococciques tendraient à prouver qu'il a pu avoir sa part de responsabilité dans certains cas.

König, dans son travail de 1901, retrouvait un traumatisme récent à noter dans 5 sur 20 de ses observations de coxites, soit dans un quart des cas, et semblait y attacher quelque importance.

Nous avons retrouvé, à ce sujet, dans la littérature de curieuses observations.

Ruch soigne en 1891 une jeune malade de 24 ans qui, subitement, une nuit, est prise de frissons, de température élevée et de douleurs articulaires. Six jours auparavant elle est tombée en dansant sur le genou gauche et a ressenti immédiatement des douleurs dans la hanche gauche. Reçue avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, elle souffre beaucoup de la hanche et la luxation est évidente.

Le malade de Hewes reçoit un coup de pied de mulet dans la hanche gauche et tombe. Il se relève se sentant tout à fait bien. Le lendemain « raideur et douleur de la hanche et de l'aîne gauche ». Le malade, atteint depuis un mois d'urétrite, est en pleine septicémie (hémocultures positives); il s'ensuit une arthrite de la hanche traumatisée avec ensemencement successif de diverses articulations.

Il y a encore ce cas de Unger. Un jeune homme de 18 ans se cogne violemment la hanche gauche contre un escalier de pierre en plongeant de haut dans une piscine. Il ressent de violentes douleurs, mais peut cependant rentrer à pied. Par la suite, grosse tuméfaction de la hanche avec température à 40°. Il n'y a ni luxation, ni fracture, on croit à une ostéomyélite, la ponction de la hanche ne ramène que du sang. En réalité, il s'agit d'une coxite et chez ce malade hypospade on découvre un écoulement purulent avec des gonocoques.

Bennecke nous signale même le traumatisme comme cause d'erreur de diagnostic. Un de ses malades ayant subi, avant toute manifestation d'arthrite, un traumatisme violent, fut apporté à l'hôpital souffrant à tel

point que ne songeant qu'à l'accident, on fit le diagnostic de fracture.

On pourrait même, chez les blennorragiques, aller jusqu'à parler de l'importance du traumatisme opératoire. Cette opinion fut celle de Torrance Rugh qui, frappé par le cas que nous allons rapporter, mettait en garde les chirurgiens contre l'opportunité des interventions articulaires chez les porteurs de blennorragie incomplètement éteinte.

G. M..., âgé de 20 ans, mineur. En décembre 1906 est blessé dans une mine par un éboulement, d'où luxation obturatrice du fémur droit. Ceci n'est découvert que 8 semaines après, quand il est admis à l'Hôpital Méthodiste où l'on fait une radiographie. On préconise la réduction et le 1^{er} février 1907 elle est tentée sous anesthésie. Il avait été préparé complètement pour l'opération, l'intention étant de tenter la reposition manuelle et en cas d'échec de faire une reposition sanglante. Après une demi-heure de traction et de manipulations infructueuses, on opère et l'on fait une incision antéro-externe. La tête est replacée dans sa position normale non sans difficulté. Drainage. Le cinquième jour la température s'élève et le huitième jour il y a du pus dans la blessure. Le neuvième, la température est à 104° F; on fait une contre-ouverture à la partie postérieure de la hanche qui draine une poche externe. Le pus qui sort est différent de celui qu'on voit ordinairement dans les infections post-opératoires et je ne pouvais pas arriver à m'expliquer la température élevée et les autres symptômes. Ce n'était certainement pas du pus à streptocoque, et cependant le tableau n'était pas celui d'une infection staphylococcique.

Quatre ou cinq contre-ouvertures furent nécessaires les cinq semaines suivantes, le pus fusant vers la partie interne de la cuisse, en haut sous le ligament de Poupert, et postérieurement dans les muscles de la fesse. L'articulation demeure indemne, mais tout autour existe une infection aiguë.

L'état général du malade s'altère beaucoup malgré les traitements stimulants. Les cultures du pus ne purent malheureusement pas être faites. Enfin, à la sixième semaine, légère amélioration et à la fin de la douzième semaine tout est fermé.

A ce moment, le médecin du malade m'informe que celui-ci a contracté une gonococcie avant l'accident de décembre. Ceci était propre à jeter de la lumière sur ce qui était auparavant inexplicable.

On arriva à savoir alors que 2 semaines avant l'accident il avait eu une gonococcie et que l'écoulement avait cessé une semaine avant son entrée pour l'opération, ayant duré 9 semaines. Il n'y eut pas de reprise de l'écoulement à aucun moment. Il rentra chez lui 3 mois après l'intervention, mais revint à l'hôpital 3 semaines après à cause d'une contracture en flexion avec début d'adduction de la hanche. Il n'avait pas bougé la jambe et, malgré la recommandation, marchait encore avec des béquilles. Sous anesthésie, mobilisation aisée de la hanche montrant que l'impotence et l'adduction sont dues presque entièrement aux contractures musculaires.

Au bout de 2 jours, température à 103°, abcès de la vieille région malade de la hanche qui s'ouvre en trois endroits. Le pus a exactement les mêmes caractères que la première fois et continue à couler pendant 10 jours. La température tombe après un bon drainage et l'on commence les mouvements de la hanche. Au bout de 3 semaines, il sort ayant 30° de mouvement et pouvant marcher. Plus tard, on apprend qu'il peut marcher, mais n'a pas retrouvé l'usage complet de sa jambe.

Pour tous ceux qui l'ont vu ou qui apprirent son histoire gonococcique, ceci fut un cas où il y eut *métastase gonococcique au lieu de l'opération*.

L'aspect particulier crémeux du pus, la persistance de l'écoulement, etc., ne

permettent aucune autre explication. Elle ne pouvait être expliquée par une infection banale et malheureusement elle ne put être vérifiée par le laboratoire.

Mais, il est vrai, un diagnostic négatif ne l'aurait pas infirmé.

PUERPÉRALITÉ. — Plus riche d'enseignement, méritant de plus longues recherches est le rapport qui existe entre la puerpéralité et les arthrites coxo-fémorales à gonocoques.

Nous nous contenterons de l'indiquer simplement ici, car nous devons y revenir plus longuement dans un chapitre spécial.

« C'est une notion étiologique immédiate beaucoup plus nette, disait König, surtout à la période terminale de la grossesse ainsi que dans les suites de couches. Et il semble bien que la plupart des coxites puerpérales, rattachées par les classiques à l'infection puerpérale streptococcique, soient en fait gonococciques; leur évolution en tout cas est bien en accord avec ce que nous savons de la gonococcie. »

Déjà, en 1896, ce même auteur établissait la fréquence des arthrites puerpérales aiguës de la hanche, leur mauvais pronostic fonctionnel et leur nature gonococcique.

En Allemagne, la leçon n'avait pas été perdue; Silberstein, puis Henschen s'intéressèrent à la question, et l'un d'eux pouvait écrire : « On sait la prédilection des coxites pour la période puerpérale, et que beaucoup d'auteurs admettent la nature gonococcique de la majorité des coxites puerpérales. »

Nous chercherons nous aussi à le démontrer à l'aide des documents recueillis et de deux observations personnelles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

« Les arthrites gonococciques ont heureusement souvent une évolution spontanée telle que les lésions anatomiques qu'elles entraînent nous demeurent parfaitement inconnues », écrivait Karewski en 1891, mais son optimisme chancelait vite et il se hâtait d'ajouter : « Nous savons néanmoins que les désastres anatomiques y sont parfois considérables, que, à côté des formes suppuratives il y en a de séreuses également graves et qu'elles peuvent, au même titre que le rhumatisme chronique, s'accompagner de proliférations osseuses ankylosantes. »

Tout ceci était plutôt « conjectures, déductions, que connaissances sûres », comme le constatait Morestin il y a environ 20 ans. Notre science n'a pas encore fait de grands progrès sur ce point; et l'on peut regretter, pour la rédaction de ce travail, que les recherches anatomiques récentes de M. Mondor n'aient pu porter sur une seule articulation coxo-fémorale.

Cependant la localisation à la hanche, du fait de sa gravité sans doute, a été plus que toute autre suivie de mort et a permis, du moins autrefois, plusieurs autopsies dont les renseignements à l'heure actuelle nous paraissent précieux.

Puis, du fait que les lésions de la hanche entraînent des troubles fonctionnels et une gêne considérable, des opérations sanglantes plus nombreuses ont été tentées ici et ont permis d'observer ce qui se passait au niveau de cette articulation.

Autrefois, les résections toujours précoces pour tâcher d'enrayer l'envahissement de l'affection, les réductions sanglantes des luxations pathologiques, aujourd'hui, les arthroplasties diverses, et enfin la radiographie sont venues apporter un appoint précieux dans la connaissance de ces lésions.

De toutes ces sources différentes, nous allons tâcher de tirer quelques notions précises, en y ajoutant celles que nous a fournies une autopsie que nous avons pu pratiquer dans un cas d'arthrite aiguë.

LÉSIONS MACROSCOPIQUES.

Lésions de la synoviale et des tissus périssynoviaux.

Elles sont identiques à celles constatées au niveau des autres articulations. La synoviale est œdématisée, congestive, hémorragique même au point qu'Ullmann, frappé par l'abondance des hémorragies dans la synoviale, intitule son cas « coxite hémorragique ».

Langenbeck dès 1872, au cours de résections qu'il fit pour des arthrites gonococciques, avait été frappé de l'acuité de la synovite séreuse qui pour lui constituait l'élément principal de l'affection, synovite séreuse parfois transformée en « synovite purulente » (Bonnet) et si destructive alors, que dans un cas de Payr tout vestige de la capsule avait disparu.

Dans d'autres cas, au contraire, synoviale et capsule se sont épaissies (Payr). Bonnet avait trouvé tout un ligament capsulaire de plus de 1^{cm} dans tous les sens, tant son diamètre était augmenté par la formation pathologique de tissu fibreux dans les parties environnantes; l'intérieur de l'articulation était rouge, contenait un peu de sang noir et offrait des fausses membranes en parties vasculaires, en parties fibreuses qui unissaient le fémur à la cavité cotyloïde. »

Les ligaments, eux, sont ramollis, infiltrés, ou au contraire ossifiés (comme un cas de spondylose rhizomélique nous l'a appris); dans les formes aiguës le ligament rond est rongé, détruit, ce qui ajoute encore à la possibilité de luxation.

Tout autour ce sont des lésions de cellulite profonde, aboutissant à la « dégénérescence et à la rétraction fibreuse des muscles, des ligaments, des aponévroses et du tissu cellulaire interstitiel lui-même » (Grisel) au point que Baer, en faisant des arthroplasties pour des ankyloses coxo-fémorales dues au gonocoque, est frappé de voir comme cette inflammation des tissus péri-articulaires rétrograde lentement et combien les tissus sont fibreux et ont perdu leur élasticité.

Le liquide. — Presque constant, il n'est, au niveau de la coxo-fémorale, jamais très abondant et sa quantité varie de quelques gouttes à tout au plus 10^{cm³}. Rarement franchement séreux, il s'agit plutôt de sérosité trouble, de liquide louche (Ruch), surtout de pus franc, plus ou moins épais, qui, mêlé à du sang, baigne toute la cavité cotyloïde » (Peter, Boinet, Bennecke).

Au bout d'un certain temps, ce liquide se résorbe, la cavité est alors absolument sèche et le pus peut manquer, malgré des lésions osseuses avancées (Hamann).

Lésions du cartilage et de l'os.

« Les lésions de l'arthrite aiguë de la hanche sont moins profondes que dans la tuberculose et n'intéressent jamais le tissu osseux. Jamais les extrémités articulaires ne sont altérées : le cartilage seul disparaît dans certaines arthrites graves comme celles du rhumatisme puerpéral. » Ainsi s'exprimait Didier (1880), mais il ignorait que Langenbeck, dès 1872, ayant fait une résection fémorale pour coxite gonococcique, avait trouvé la « tête cariée », que Bouilly notait dans les « arthropathies rhumatismales » du côté des extrémités articulaires une « raréfaction de l'os » qui se transforme en une sorte de moelle grasseuse et que, bien avant, en 1814, Cayroche écrivait :

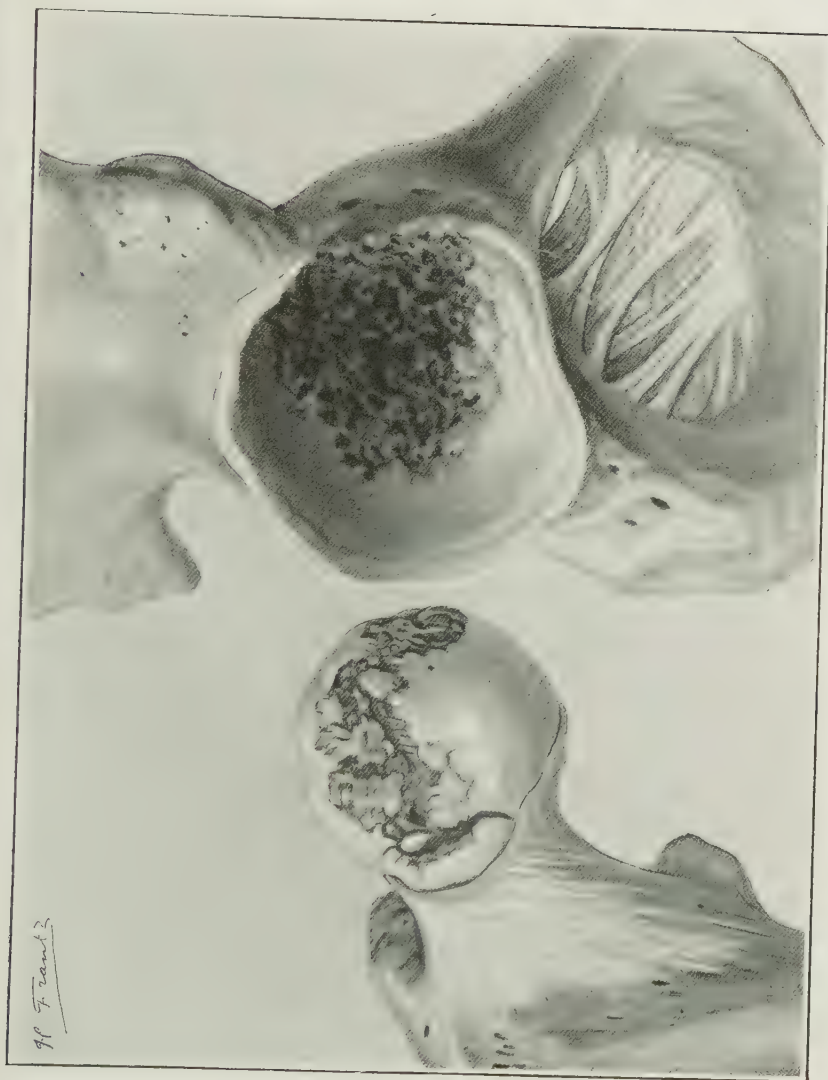


Fig. 1. — Pièces d'arthrite aiguë prélevées par autopsie. Les lésions cartilagineuses peu marquées au niveau de la tête étaient intenses dans le fond du cotyle. Celui-ci d'aspect très hémorragique n'était plus constitué que par une mince lamelle poreuse prête à s'effondrer (voir le chapitre de l'anatomie pathologique).

« Les espèces de vices, de virus qui donnent lieu à cette maladie, peuvent attaquer os et cartilage, les détruire ou les ramollir, et en outre les parties plus ou moins contiguës ou continues. »

Toutes les lésions cartilagineuses et osseuses au cours de la coxite gonococcique se trouvent parfaitement résumées par Bennecke en ces termes : « Le processus blennorragique, à la hanche, est particulièrement destructif. Très rapidement ces lésions malignes conduisent au ramollissement et à la destruction du cartilage, au ramollissement des parties osseuses superficielles, et la pression opposée constante des surfaces articulaires agit de telle sorte que la tête creuse l'acétabulum, s'y enfonce, l'élargit, si bien qu'apparaît l'ascension du trochanter. »

Plus tard Schlagenhauser ajoutait à ces lignes : « Les recherches radiologiques de Kienböck nous ont appris quelles graves lésions la gonococcie peut engendrer au niveau des articulations et aussi bien à la hanche qu'ailleurs, quelle capacité elle a d'entraîner des déformations importantes et cela dans un temps très court : destruction du cartilage, de l'os sous-jacent, extension de proche en proche, et l'on ne doit pas être surpris que le plancher du cotyle soit à son tour lésé. »

Un facteur mécanique intervient dans la production de ces lésions, c'est « l'ulcération compressive », et il joue sûrement son rôle pour les luxations pathologiques : les radiographies que nous possédons nous permettent de l'affirmer, mais il ne suffit pas, et il faut lui adjoindre le processus gonococcique lui-même, véritable ostéite s'étendant rapidement, raréfiante et rongeannte, qui peut aboutir aux destructions les plus considérables (voir *fig. 3*).

Selon le degré des lésions, le cartilage est « détruit par place », on n'en trouve plus que des « îlots qui apparaissent comme des zones blanchâtres et nacrées tranchant sur l'ensemble rugueux et dénudé de l'os » (Karewski) ou bien, tant du côté du fémur que de l'acétabulum, il est « détruit, fondu, absorbé ». Le bourrelet cotyloïdien est ulcéré (Bonnet) ou a complètement disparu.

La tête fémorale présente des lésions « d'ostéite granuleuse », comme le vit Hamann, « elle est rugueuse, érodée, abrasée », ou « rongée en surface, cariée, effritée », complètement poreuse, le rebord osseux de l'acétabulum (Bonnet), la partie supérieure de la cavité cotyloïdienne sont ulcérés, le fond du cotyle privé de tout cartilage est ramolli et même, nous rapporte Bennecke pour un de ses cas, « au niveau du plancher existait une perforation ronde de l'os lui-même de la dimension d'une pièce d'un mark » (voir *fig. 1*).

Karewski, en 1891, avait vu mieux encore : « A l'extrémité supéro-externe de la tête, à son union avec le col, un sillon de 5^{cm} sur 3^{mm} de large, de surface à peu près lisse, est sculpté dans la tête; on peut admettre que la tête disloquée est venue au contact du cotyle, dont le rebord a gravé ce

sillon à la faveur du ramollissement inflammatoire de l'os. La localisation de ce sillon s'accorde avec la position du membre en flexion, adduction, rotation externe. »

À côté de ces lésions destructrices, des lésions productrices : « ostéophytes à l'union de la tête et du col », augmentation de volume des os qui avoisinent les parties ulcérées.

Enfin, à distance, *l'ostéoporose* que Kienböck devait apprendre à si bien reconnaître radiographiquement. Correspond-elle en réalité à ce que Ranvier décrivait dans les lésions osseuses des arthropathies rhumatismales ? « La surcharge graisseuse est tellement considérable, écrivait-il, que les travées de l'os sont amincies à tel point que le doigt les casse avec la plus grande facilité et pénètre profondément dans le tissu spongieux. Ces travées osseuses amincies, examinées au microscope, sont parfaitement régulières et montrent des corpuscules osseux munis de cellules et ne contenant pas de granulations graisseuses. »

Ce que nous savons bien, en tous cas, c'est que cette ostéoporose, qui s'étend parfois très loin, entraîne une fragilité osseuse extrême ayant pour conséquence certaines fractures comme dans le cas de Brès où celle-ci fut le résultat d'un essai de réduction de la luxation existante.

Luxations pathologiques. — Doit-on parler ici de luxations, de pseudo-luxations ou de subluxations ?

D'après l'opinion toute récente de M. Le Fort de Lille au Congrès d'Orthopédie, les luxations pathologiques des « arthrites dites rhumatismales » sont souvent, contrairement à l'opinion courante, des pseudo-luxations. Les luxations simples existent, elles aussi, et peuvent être la conséquence « de lésions ostéomyélitiques articulaires et surtout péri-articulaires ». La conservation de la forme des surfaces articulaires n'implique pas l'intégrité osseuse. « En fait, les os sont le plus souvent minés par l'ostéite et raréfiés. »

Nous connaissons mal la luxation simple au cours d'une coxite gonococcique, sauf peut-être par quelques observations anciennes auxquelles manquent toujours les notions radiographiques et ce que nous avons le plus fréquemment rencontré, ce sont des pseudo-luxations par destruction osseuse du cotyle et de la tête fémorale.

Préparées comme nous venons de le voir par l'ulcération compressive, mais surtout découlant du processus infectieux lui-même, elles sont déterminées par la traction des muscles, l'attitude vicieuse du membre inférieur, et la disparition du ligament rond.

La luxation se fait le plus généralement en haut, en arrière et en dehors, du fait de la position le plus souvent rencontrée de flexion, adduction et rotation externe. En réalité, il s'agit plutôt d'une tête fémorale abîmée, à moitié détruite, remontant dans une cavité cotyloïde rongée et agrandie.

On trouve alors la « glène comblée par du tissu de granulation à demi-

fibreux (Ruch), « de la lymphe pour ainsi dire organisée », nous rapporte Hamann dans un cas d'excision pour une coxite gonococcique. Karewski la vit comblée par du « tissu conjonctif mou », avec une profondeur très augmentée.

Le ligament rond a disparu, rongé; on peut ne plus trouver « la moindre trace de capsule » ou elle est, au contraire, étirée, ramollie, dans d'autres cas rétractée, durcie, fibreuse; la tête est placée « sur l'os des îles, au-dessus du bourrelet cotyloïdien » (Bonnet), « et baignant dans la suppuration », ou bien le rebord osseux ayant été complètement détruit, la tête, ou ce qu'il en reste, est soudée dans un coin d'une cavité bouleversée et trop grande.

La tête fémorale, dans un cas (Payr) était atrophiée, couverte d'excroissances dures et s'articulait avec l'os iliaque par une néarthrose. Ceci est encore une dernière éventualité. « Quant à l'os iliaque, il présentait une crête osseuse en dent de peigne de 2 à 3^{cm} de haut. »

Nous devons enfin à Coopermann des constatations opératoires intéressantes dans trois cas de luxations pathologiques fémorales chez des enfants d'environ 2 ans, atteints à quelques mois de coxites gonococciques.

« J'ai trouvé, écrit-il, les cavités acétabulaires oblitérées par du tissu cicatriciel, la tête fémorale en arrière et en haut de la cavité cotyloïde, irrégulière, bosselée, située excentriquement à la partie supéro-interne du fémur. »

Dans d'autres, pour lesquels il n'est pas intervenu d'ailleurs, il a vu que de nouvelles facettes articulaires se sont formées au niveau des cavités détruites, paraissant suffisamment profondes pour maintenir en position la tête fémorale.

Enfoncement du cotyle. — C'est aux auteurs allemands qu'il faut avoir recours pour la description anatomique de ces lésions.

La protrusion elle-même est une demi-sphère régulière de dimensions variables. Sa base est circulaire parfois répondant exactement, à la face interne de l'os iliaque, à la situation du cotyle, parfois dépassant de beaucoup les dimensions de ce dernier.

Elle peut s'étendre du trou obturateur jusqu'au voisinage de l'échancrure sciatique et en haut dépasser la ligne innommée, envahissant en arrière tout le corps de l'ischion.

Dans aucun cas, la hauteur maxima de la demi-sphère pelvienne n'est en regard du fond du cotyle; c'est toujours plus en avant, plus vers le trou obturateur que vers l'échancrure sciatique, et il est fréquent de voir le contour supérieur du trou obturateur fortement abaissé du fait de la saillie osseuse.

De même que la glène normale, la glène déhiscente est formée en majeure partie par l'ischion, alors que les pièces pubienne et iliaque y participent peu.

La surface de la demi-coupole est lisse, abstraction faite des orifices incons-

tants décrits par les auteurs. C'est surtout à son pourtour et extérieurement au niveau du sourcil que se voient des formations ostéophytiques.

Le fond du cotyle n'est pas toujours semblable. Suivant les cas, il est : 1^o épais, dur, éburné ou usé (il s'agit alors de cas anciens, guéris, dans lesquels il n'y a pas eu ankylose articulaire); 2^o très mince, percé d'un ou de plusieurs trous, ceux-ci s'obturant par des néoformations conjonctives dont l'abondance au pourtour de l'articulation est notée dans toutes les autopsies.

Dans le cas si instructif de Schlagenhauser, presque tout le fond de la glène était membraneux avec quelques points épars en voie d'ossification.

Simultanément avec sa forte saillie en dedans, le cotyle fait également saillie en dehors, sous forme d'un épaississement plus ou moins fort du sourcil. Celui-ci aboutit parfois après ossification complète du ligament transverse à la formation d'un véritable anneau osseux enfermant le fémur. Il persiste seulement alors sous la corne postérieure hypertrophiée un très mince défilé parfois lui-même comblé. Cette saillie externe du cotyle vient souvent elle aussi empiéter sur le trou obturateur; c'est en ce point que se limite l'adduction du fémur.

Ces modifications du cotyle expliquent que l'extrémité supérieure du fémur semble profondément enfoncée dans l'os iliaque, parfois jusqu'au grand trochanter.

L'axe du cotyle se trouve très modifié.

La configuration normale de la cavité cotyloïdienne a changé. C'est une simple excavation à parois poreuses, spongieuses ou compactes, plus ou moins sclérosées, hérissées de saillies. Le cartilage de revêtement fait défaut.

Les modifications de la tête fémorale existent, elles aussi. Elle est déformée, son grand axe est réduit. Sa surface articulaire dépourvue de cartilage n'est pas toujours réduite, mais reportée vers le grand trochanter, elle fait saillie au-dessus du col. Ses bords sont hyperplasiés par des saillies osseuses. Elle a dans l'ensemble l'aspect d'un champignon.

Les modifications de la tête sont du reste bien variables et sont parfois réduites au minimum (cas de Schlagenhauser).

La déformation est unilatérale, parfois bilatérale avec des lésions qui n'ont pas toujours le même degré d'intensité des deux côtés.

Les modifications pelviennes sont plus ou moins accentuées et le rétrécissement du détroit supérieur très marqué, on le conçoit, dans les protrusions doubles.

Ces lésions macroscopiques peuvent varier un peu suivant les cas, mais l'essentiel des déformations se trouve bien condensé par Breus et Kolisko (1912) dans leur important Traité sur les bassins pathologiques auquel nous avons emprunté presque toute cette description.

Lésions anciennes. ankyloses. — Nous ignorons à peu près tout des lésions anatomiques anciennes de la coxite gonococcique; quelques observations bien étudiées d'arthroplasties nous les apprendront peut-être un jour.

Nous ne connaissons guère (très imparfaitement encore) que l'ankylose.

Elle est à peu près inexistante chez l'enfant et en tout cas jamais osseuse, nous assure-t-on. Chez l'adulte elle est la terminaison presque fatale et inévitable de l'arthrite coxo-fémorale. On comprend d'ailleurs, étant donné ce que nous savons des lésions cartilagineuses et osseuses, que ces surfaces rongées, ulcérées au contact l'une de l'autre, finissent par se souder plus ou moins étroitement. Il s'agit en général d'une soudure fibreuse, serrée, pour ainsi dire impossible à rompre. Bec constata ainsi une ankylose avec jetées périphériques présentant en tous points un tissu épais, compact, résistant et Hamann trouva une tête soudée définitivement à l'acétabulum.

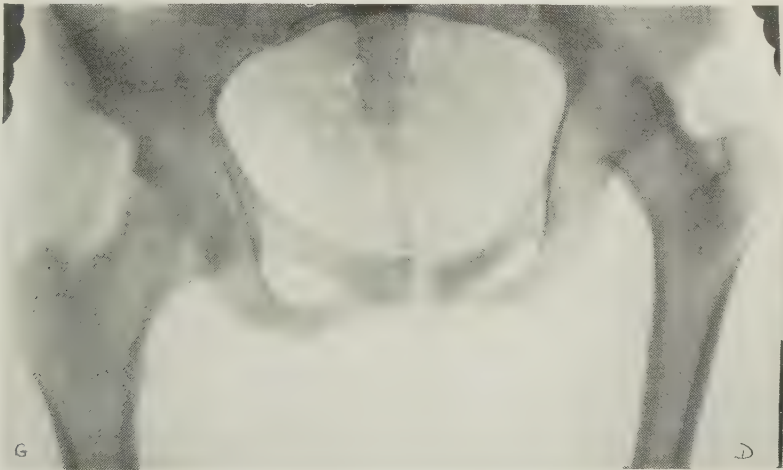


Fig. 2. — Ankylose osseuse totale d'une coxite gonococcique grave datant de trente deux mois (voir l'observation Eugénie C..., p. 61). Les travées osseuses qui se continuent du fémur dans l'os iliaque sont nettement visibles.

Aux ankyloses fibreuses et osseuses se surajoutent enfin des lésions de déformation de la tête et du col.

Écoutons Payr faisant une réduction sanglante de luxation au bout de 2 ans :

« La tête est nichée dans un tissu blanc jaunâtre très dur qui est excisé au bistouri, elle est aplatie et très modifiée, privée de son cartilage, usé, remplacé par de grosses exostoses; elle est déviée et n'est plus dans l'axe du col. Au point correspondant de la fosse iliaque s'est formée une véritable néarthrose avec revêtement cartilagineux et ébauche de synoviale très épaissie.

» La tête forme un angle accusé avec le col.

» On eut quelque peine à mettre à nu le cotyle qui était comblé d'une substance si dure qu'il fallut l'évider au ciseau. »

Breus nous avait parlé d'une tête déformée ayant l'aspect d'un champignon; et sur les radiographies seules, Coopermann, Langeron et Delcour notent des changements importants dans la forme du col et de la tête « aplatie en galet ».

LÉSIONS HISTOLOGIQUES.

La recherche des caractères histopathologiques des coxites gonococciques est malheureusement bien infructueuse; nous ne trouvons que cinq observations qui en font mention : deux de Hamann (1905), une de Kuliga (1905), celle de Schlagenhauser (1908), si riche en données précieuses, et enfin une observation de Chiari (1914); nous leur ajouterons un cas personnel.

Ces six observations sont celles de cas graves, où les pièces, sauf pour les deux cas d'Hamann, furent prélevées à l'autopsie; cas accompagnés de destructions osseuses si importantes qu'elles se placent au premier plan, alors que les lésions synoviales sont à peine signalées (Schlagenhauser et cas personnel); ceci rend difficile la comparaison des lésions des coxites blennorragiques avec celles des arthrites d'autre siège dont la biopsie permet plus aisément l'examen précoce, alors que rien ne motive le prélèvement de fragments osseux.

Dans ses deux cas, Hamann, qui est le seul à apporter un examen histologique sur des pièces chirurgicales, semble surtout s'attacher à établir qu'il ne s'agit pas d'une lésion tuberculeuse : « On note la présence de tissu de granulation dans les parties molles, le tissu osseux est nécrosé, ou au contraire d'aspect fibreux, avec des lésions congestives intenses. Il n'y a pas trace de follicules tuberculeux, ni de cellules géantes. » Cette constatation négative semble, dans la pratique, conserver quelque importance : Souvenons-nous que les lésions dues au gonocoque n'ont aucun caractère morphologique spécifique qui les distingue avec évidence d'une autre lésion inflammatoire banale. Pour une affection si souvent confondue avec la coxalgie, avoir éliminé à coup sûr la tuberculose, c'est déjà avoir aidé au diagnostic.

Ces deux cas d'Hamann sont, avec celui de Schlagenhauser et notre cas personnel, les seuls où l'examen histologique ait été fait au stade aigu de la maladie (4^e mois, 2^e mois pour Hamann, 2^e mois pour Schlagenhauser, 1^{er} mois pour notre cas). Ils nous apprennent que les lésions osseuses sont rapidement destructives, que dès les premières semaines de l'affection on peut vérifier au microscope la disparition du cartilage, les pertes de substance de la tête, la nécrose très marquée, prédominant nettement dans notre cas personnel sur les fragments du cotyle.

Schlagenhauser insiste longuement sur le contraste qu'il a observé entre des lésions destructives intenses et un processus actif de néoformation osseuse à leur voisinage. Nous n'avons rien observé de semblable dans notre cas personnel, mais la rapidité de l'évolution en est peut-être la cause.

Les lésions de la synoviale ne sont pas signalées par Hamann; Schlagenhauser ne les étudie que pour la hanche la moins lésée et note seulement son aspect hémorragique; dans notre cas personnel, les lésions y prédominaient nettement, sous forme d'hémorragies interstitielles nombreuses et d'une infiltration diffuse de leucocytes polymorphes, et ceci est bien d'accord avec ce qu'on observe dans les arthrites gonococciques d'autre siège.

Ajoutons à ces caractères histologiques des coxites aiguës la présence du gonocoque dans les coupes, vérifiée dans la seule observation de Schlagenhauser.

Avec l'observation de Kuliga, nous voyons les lésions à un stade beaucoup plus ancien (12 ans). (Une observation de Chiari, fort succincte, ne mentionne pas la durée de l'évolution clinique.)

Nous ne trouvons plus ici que quelques traces de lésions inflammatoires : la moelle osseuse est raréfiée, légèrement fibreuse en quelques points, mais l'activité des lésions est éteinte et ce qui demeure ce sont les néoformations étendues remplaçant le cartilage anciennement détruit par du tissu osseux; ce n'est que par l'examen de l'articulation entière que ces faits deviennent visibles, alors que les fragments osseux isolés semblent normaux.

On peut donc admettre que les lésions des coxites gonococciques graves traversent des stades successifs dont le premier est marqué par une destruction rapide et intense des surfaces articulaires et par une inflammation aiguë de la synoviale; puis par l'apparition d'os néoformé qui constitue peu à peu une ankylose complète.

C'était déjà la conclusion de Schlagenhauser lorsqu'il disait : « Nous assistons à l'évolution d'un double processus caractérisé par la nécrose et la suppuration du tissu osseux rapidement détruit d'une part, et de l'autre par la néoformation osseuse très rapide prenant naissance au voisinage même des lésions destructives. »

Voici les renseignements que nous pûmes tirer d'une autopsie faite 48 heures après la mort (voir *fig. 1*) :

1^o A l'ouverture du thorax, les poumons apparaissent congestionnés, résistants, et la tranche de section découvre une zone plus dense qui fut prélevée pour l'examen histologique.

La cavité péricardique contenait environ un verre de liquide citrin.

De la cavité abdomino-pelvienne, seuls les organes génitaux furent examinés; les annexes semblaient dépourvues de lésions importantes, mais malheureusement l'état de putréfaction déjà avancé des tissus rendit vaine toute recherche bactériologique.

En examinant au doigt la paroi pelvienne, on ne relève aucune anomalie dans la région répondant à l'articulation de la hanche.

2° La dissection de l'articulation coxo-fémorale conduit sur une capsule œdématisée, infiltrée, notablement épaissie; son incision donne issue à un liquide séro-hémorragique comparable à celui qui avait été obtenu par ponction du vivant de la malade.

La capsule étant réséquée, on constate que les rapports articulaires sont normaux dans l'ensemble, mais le cotyle semble très profond, la tête y est enfoncée; cependant on peut la mobiliser aisément, et même l'attirer sans effort hors du cotyle pour constater que le ligament rond est complètement détruit et qu'il n'en reste aucun vestige.

On voit alors la cavité cotyloïde, siège des lésions les plus importantes : l'arrière-fond est rougeâtre, de surface irrégulière, couvert de débris sanieux; au toucher on note que cette surface est de consistance molle, poreuse, dépressible, et avec la pointe d'un scalpel, on peut par un effort minime perforer ce qui reste de la paroi articulaire et pénétrer dans le bassin. Le reste de la cavité articulaire : sourcil cotyloïdien, cartilage de revêtement est intact.

Sur la tête fémorale, les lésions, de même ordre, sont moins intenses : le cartilage de revêtement subsiste en grande partie; il est par places érodé, et dans ces zones on sent l'os rugueux, poreux, former le fond de ces ulcérations, peu profondes du reste et de même teinte sanguinolente que les lésions cotyloïdiennes (¹).

L'examen histologique a porté d'une part sur les viscères prélevés, de l'autre sur les éléments articulaires : synoviale, tête fémorale, débris osseux cotyloïdiens.

Le poumon, à côté de lésions congestives diffuses, contient en un point quelques follicules tuberculeux typiques.

Le myocarde est normal : sur l'origine de l'aorte plusieurs vaisseaux ont une lumière obstruée par des polynucléaires inclus dans une substance réticulaire.

Le foie présente des lésions banales de dégénérescence graisseuse légère. Les lésions articulaires sont surtout caractérisées :

Par leur prédominance sur la synoviale;

Par l'existence de lésions inflammatoires évidentes du tissu osseux, plus marquées sur les fragments cotyloïdiens que sur la tête;

Par la disposition diffuse des lésions, à l'exclusion de toute topographie nodulaire.

Les coupes de synoviale se montrent formées de plusieurs couches succes-

(¹) L'examen histologique a été fait par P. Gauthier-Villars.

sives dont la plus superficielle, celle qui répondait à la cavité articulaire, est formée par un magma purulent, contenant de nombreuses hématies. Plus profondément le tissu conjonctif est envahi d'une manière diffuse par une infiltration leucocytaire où les polynucléaires sont plus rares que les lymphocytes et les plasmocytes. Par places on voit des suffusions hémorragiques interstitielles autour de vaisseaux à endothélium tuméfié, à lumière bourrée de cellules sanguines, alors que, plus profondément encore, on trouve surtout des vaisseaux à paroi fibreuse, épaissie, entourés de quelques lymphocytes.

La tête fémorale est atteinte de lésions d'ostéite fibreuse, diffuses et peu intenses avec leurs caractères habituels; on note surtout qu'il existe des vaisseaux dilatés à paroi mince, que les éléments adipeux sont remplacés en partie par un tissu fibrillaire peu dense contenant des cellules inflammatoires mononucléées, et ceci dans toute l'étendue du fragment prélevé, comprenant presque toute la circonférence de la tête; à noter également qu'en surface le revêtement cartilagineux s'interrompt dans la zone qui répond aux ulcérations visibles à l'œil nu; cette destruction cartilagineuse est brusque, contrastant avec l'aspect du cartilage voisin qui est normal. Le fond de l'ulcération est très peu creusé, il est formé par des débris de lamelles osseuses dissociées, érodées, puis, par transition insensible, par du tissu osseux, modifié comme nous venons de le voir.

Les fragments du cotyle présentent dans l'ensemble les mêmes lésions, mais à un degré plus marqué, il n'existe de cartilage sur aucun des fragments qui presque tous ont été éliminés avec les parties molles voisines (insertions musculaires, périoste). Là encore il s'agit de lésions diffuses étendues à la totalité du tissu prélevé; à la réaction inflammatoire mononucléaire décrite au niveau de la tête s'ajoute ici une tendance nécrotique et hémorragique très nette : l'un des fragments a en surface une zone tout à fait nécrosée, sans architecture reconnaissable, un autre est occupé par une hémorragie interstitielle importante.

Les recherches bactériologiques faites sur les coupes d'une part par la technique de Gram, de l'autre par coloration au bleu de toluidine à 1 pour 100 ont montré un très grand nombre de germes polymorphes, et, étant donné que la mort datait de deux jours déjà, il est impossible d'en tenir compte.

En résumé, l'autopsie a montré chez cette malade porteuse de nodules tuberculeux pulmonaires qui n'avaient du reste donné lieu pendant la vie à aucun phénomène morbide, *des lésions d'arthrite coxo-fémorale ne rappelant en rien les lésions articulaires de la tuberculose*, lésions caractérisées : par leur prédominance cotyloïdienne et synoviale, par leur aspect diffus, par le contraste entre des lésions nécrotiques marquées et une infiltration de leucocytes surtout mononucléés.

PATHOGÉNIE.

Nous ne ferons pas l'étude pathogénique de la coxite gonococcique, car ce serait reprendre la pathogénie des arthrites gonococciques en général et nous nous bornerons à deux ou trois réflexions que nous a suggérées l'étude de cette localisation un peu particulière.

« Le gonocoque atteint-il l'os, l'articulation ? L'infection a-t-elle son maximum dans la synoviale, dans la capsule, dans les tissus périarticulaires ? » (M. Mondor.)

A ces questions nous ne pouvons répondre que par des faits.

Tout d'abord nous rejeterons cette conception ancienne attribuée à Lucke suivant laquelle l'inflammation coxo-fémorale succédant à une blennorragie compliquée d'adénite inguinale se propageait nécessairement par les lymphatiques, ou encore par la bourse séreuse iliaque, disait Volkmann.

On sait maintenant définitivement que la gonococcie est une septicémie, et que la coxite est une métastase qui se fait par voie sanguine au même titre que les autres localisations articulaires ou les lésions cardiaques.

« L'analogie de la forme grave de coxite gonococcique avec l'ostéomyélite banale me porte à croire qu'il s'agit là aussi de lésions nées par voie embolique sanguine à point de départ génital, localisées d'abord à la moelle osseuse, puis, par extension, articulaires. »

Ces paroles d'Henschen résument tout le problème de la coxite gonococcique et nous sommes fort tentée d'y souscrire nous-même en disant que l'arthrite blennorragique coxo-fémorale est sinon une ostéomyélite, du moins une ostéite à retentissement articulaire.

Voyons ce qui le prouve.

Faut-il pour commencer rappeler que la capsule tapissée de synoviale s'insère à la hanche loin des surfaces articulaires ; sur l'os iliaque : à la surface externe et à la base du rebord de la cavité cotyloïde ; au fémur loin sur le col, surtout à la face antérieure, rendant ainsi toute une partie du col intra-articulaire.

Les cartilages de conjugaison se trouvent donc de la sorte à l'intérieur de l'articulation et de cette situation il est facile de conclure qu'à la hanche, comme au coude du reste, l'ostéite épiphysaire a plus qu'ailleurs tendance à se compliquer d'arthrite.

Que voyons-nous donc pour les coxites du nourrisson ? Comme dans l'ostéomyélite banale de la hanche une participation articulaire constante à l'infection avec souvent arthrite suppurée, disparition du noyau céphalique ou fragmentation de celui-ci comme si la maladie avait particulièrement entamé cette ébauche osseuse si fragile encore à cet âge.

Chez l'adulte nos recherches nous ont montré que les lésions osseuses étaient la règle : pas un seul des cas que nous rapportons n'a échappé à cette loi, même sous l'apparence clinique de la plus grande bénignité ; n'est-ce donc pas là déjà un argument suffisant pour affirmer la constance de l'ostéite gonococcique.

Mais un examen bactériologique remarquable d'Hamann vient donner une preuve éclatante de cette lésion osseuse vraisemblablement primitive.

Nous le rappellerons à nouveau : ce fut à l'aide d'un fragment prélevé aseptiquement en plein centre de la tête fémorale, au-dessous de la zone de nécrose, qu'on put obtenir une culture pure de gonocoques. Tout porte donc à croire que le microbe venu par voie embolique sanguine dans le tissu osseux accomplissait sa destruction de la profondeur vers la superficie, et que lorsque le cartilage fut rongé à son tour, l'infection se propagea à l'articulation elle-même.

Ne voyons-nous pas ainsi, dans les cas graves des destructions presque totales de la tête fémorale, un toit de cotyle à moitié rongé et qu'est-ce qui peut amener ces fontes osseuses, sinon une véritable ostéomyélite de la hanche ?

Un dernier argument nous reste : les lésions des protrusions cotyloïdiennes, si bien vues des auteurs allemands.

L'attaque ici se fait directement sur l'os du plancher de l'acétabulum et le détruit plus ou moins complètement.

C'est ce que nous avons pu vérifier lors de notre autopsie d'arthrite aiguë de la hanche, où sur le fond du cotyle existait une usure osseuse voisine de la perforation qui ne pouvait pas être le fait seul de l'ostéoporose et de la décalcification, et dont la limitation nette faisait immédiatement d'ailleurs repousser cette supposition (voir *fig. 1* et p. 23).

Conclura-t-on que l'ostéo-arthrite est la seule forme de la coxite gonococcique ?

Ceci irait tout à fait à l'encontre des examens histologiques où, pour d'autres arthrites, « l'infection maxima fut toujours trouvée au niveau même de la synoviale » (M. Mondor).

La forme synoviale à la hanche existe sûrement, bien que nous n'en ayons pas trouvé la preuve dans la littérature ou dans nos faits personnels, mais retenons malgré tout comme essentielle ici la fréquence de l'infection associée de l'os et de l'articulation.

CLINIQUE.

A quelle époque de la gonorrhée va-t-on voir apparaître l'affection ?
Par quels signes va-t-elle se traduire ?

Début. — C'est en général en plein écoulement que surviennent les symptômes articulaires de la gonococcie du « 20^e au 30^e jour », affirmait Gosselin, ce qui lui permettait de faire à coup sûr le diagnostic de la nature de l'arthrite qu'il examinait. Ceci serait d'autant plus vrai pour la coxite que, s'il faut en croire Mathieu et Strauss, il n'est pas « dans les allures de la coxalgie blennorragique de se manifester un long temps après l'apparition de la blennorragie, mais d'apparaître du 5^e au 16^e jour, plus rarement dans le cours du 2^e ou 3^e mois ».

Le malade de Coulson, prenant du copahu pour sa gonorrhée, voit s'arrêter tout à coup l'écoulement et est « saisi d'une sévère attaque » dans la hanche. Celui de Filipi, qui avait contracté une blennorragie 15 jours auparavant, se soigne seul par l'extrait de Saturne sur la recommandation de quelques amis, et 3 jours à peine après le début du traitement ressent dans sa hanche les premières manifestations du mal ; ou encore ce patient de Brandès, entré à l'hôpital pour un écoulement récent, n'est pas là depuis 4 jours et se plaint déjà de douleurs de la jambe gauche qui gagnent vers les reins, empêchent les mouvements du membre, et qu'il reconnaît pour être les mêmes que celles qui ont immobilisé sa hanche autrefois dans une première atteinte.

Au contraire, c'est à la reprise d'un écoulement (Schumacher) dont le début remonte à plusieurs mois et qu'on croyait sur le point de se tarir, c'est à la fin d'une gonorrhée dont il ne reste plus trace et dont par conséquent le malade se croit autorisé à ne pas parler (Volker), ou après guérison complète d'une orchite qui a permis la reprise du travail (Duplant et Péhu) que dans d'autres cas s'est manifestée l'atteinte coxo-fémorale.

Nous savions du reste déjà qu'il n'est pas possible d'établir à ce sujet l'apparence même d'une loi.

Chez la femme, les choses peuvent traîner davantage encore. Les pertes blanches existent depuis des mois, connues, soignées, lorsqu'un beau jour elles deviennent plus abondantes, compliquées ou non de phénomènes urinaires, de cystite traînante, de douleurs arthralgiques erratiques et

fugaces, ou bien une grossesse va entraîner une leucorrhée inconnue jusqu'alors, un accouchement normal est suivi au bout de quelques semaines de douleurs plus ou moins subites dans les articulations et qu'on ne sait comment expliquer.

Telle jeune femme de David étant enceinte a déjà eu des accidents de pelvi-péritonite attribuable à sa gonococcie, et après ses couches fait une arthrite coxo-fémorale; telle autre mariée depuis 3 mois a eu le temps de voir évoluer une « infection génitale caractéristique » qui va se compliquer de polyarthrite (Kienböck).

Il semble cependant que parfois le mal brûle les étapes. C'est 15 jours après une blennorrhagie aiguë avec uréthrite intense que la malade de Boinet voit éclater l'arthrite coxo-fémorale la plus grave et qui deux mois après se terminera par la mort.

Il faut se rappeler cette observation de Brès où, 3 semaines après son mariage, une jeune femme jusque-là bien portante fut clouée au lit pendant des mois pour une coxite suivie de luxation, bien que son mari, blennorrhagique ancien, n'eût plus « qu'une goutte de temps en temps après les excès »; et il a suffi d'un mois de séjour à Paris à une de nos petites malades de 21 ans pour contracter une gonococcie, avoir une arthrite grave de la hanche et devenir une infirme (Obs. IV).

L'incident qui semble déclencher l'arthrite est toujours noté avec soin par le malade qui se refuse à croire qu'une affection aussi soudaine puisse éclater sans cause apparente. Il invoque le refroidissement contracté pendant une lessive, la course précipitée, l'averse qui a transpercé, la besogne plus pénible que de coutume ou, et avec plus de raison, l'ophtalmie qu'on avait déjà vu une première fois précéder les phénomènes articulaires (Brandès).

König voulait qu'une caractéristique de l'affection, fût son début brusque et très aigu.

Il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons relevé ce cas de Lebeuf où, 15 jours avant l'entrée, il y avait eu angine, malaises généraux, courbature avant toute localisation articulaire, ces deux autres où aux frissons succédèrent d'abord des douleurs articulaires sans caractère, sorte de polyarthrite disparaissant complètement, avant que les phénomènes se limitassent d'une « manière particulièrement violente à la hanche ».

Nous avons vu que les phénomènes consistent au début en raideur, en arthralgie, en marche difficile, en douleurs d'abord modérées au réveil pour gagner peu à peu en intensité, en douleurs lancinantes, mais que « le travail et la marche demeurent possibles ».

Et ceci ne veut pas dire que la forme de la coxite en sera d'autant plus bénigne.

Dans la règle cependant, il faut retenir ce début brutal, cette apparition subite, sans aucune cause, de douleurs très vives de la hanche et de la cuisse,

douleurs si intenses que la malade ne peut faire aucun mouvement et qu'on doit la coucher dans son lit (Karewski).

Brusquement, pendant son sommeil, la malade dont Duplant et Péhu nous entretiennent ressent une douleur vive du côté gauche et la jeune malade de M. Mondor a brutalement et sans cause, après son repas du soir, de vives douleurs des deux côtés du bas-ventre, au-dessus des plis inguinaux, et profondément.

C'est bien alors et seulement cette affection à début aigu de Bennecke et de König caractérisée « par des signes suffisamment graves pour que les malades viennent à l'hôpital dès les premiers jours ».

Nous n'aurions dans tout ceci que la traduction banale d'une arthrite aiguë de la hanche si quelques signes n'étaient particuliers aux coxites gonococciques.

Le premier de tous est la douleur. Nous voulons y insister.

Douleur. — Les auteurs l'ont signalé, les arthrites gonococciques de la hanche sont, avec celles de l'épaule, véritablement les plus douloureuses (Nordmann).

« Le symptôme évident, celui qui domine tout, disait König, c'est la douleur; elle est au premier plan et il faut tellement y insister que chez un sujet une lésion de la hanche exceptionnellement douloureuse, à plus forte raison, si l'attitude se fait vers un raccourcissement, oblige à penser à la gonococcie que l'on trouvera presque à coup sûr.

» Et jamais, ajoutait-il, cette douleur n'est aussi intense au cours de la gonococcie qu'à la hanche. »

Il y a « explosion de douleurs atroces », nous dit Gosselin, et en effet il semble que ce soit la pire des souffrances, d'où la coxite gonococcique tirerait sa véritable physionomie.

On a pu à cause d'elle et parce qu'il y avait eu traumatisme récent penser à une fracture (Bennecke); dans un autre cas ne songer qu'aux douleurs d'un avortement immédiat (Silberstein), mais la souffrance a encore ici un caractère bien plus terrible.

Les malades « ne cessent de pousser des cris épouvantables », ils hurlent « avant même qu'on les ait touchés ». Les traits expriment la souffrance la plus intolérable (Richet), le moindre mouvement involontaire, les secousses de toux (Duplant et Péhu) arrachent des larmes et des gémissements.

Ils redoutent tout, le frôlement du lit, le verre d'eau qu'il faut porter à la bouche, le moindre soin de propreté, l'attouchement des couvertures, à plus forte raison, l'effort de miction, de défécation et nous avons connu telle malade de M. Mondor qui affolait par ses cris tout un service d'hôpital, qui n'avait aucun repos et qui préférait baigner dans ses déjections plutôt que de réclamer le bassin.

La nuit est pleine de trahison, car elle endort cette vigilance qui maintenait une posture en contracture forcée, et les crises nocturnes sont les plus redoutées. Ce sont donc des malheureux voués à une insomnie pénible et sans remède, et la malade de Hoffa racontait que ses souffrances avaient été telles qu'on ne parvenait à lui donner quelque repos qu'avec des doses considérables de morphine.

Il ne faut donc pas s'étonner que Mercier nous parle du « véritable supplice » que fut pour cette femme atteinte de coxite le transport à Cochin lorsqu'elle ressentit les premières douleurs de l'enfantement. Silberstein lui aussi avait été frappé de ce caractère « dramatique » de la coxite chez une toute jeune accouchée. Et Verneuil gardait, après des années, le souvenir de ce jeune garçon de 17 ans qui, jour et nuit, se tenait assis dans son lit, criant, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, espérant de ce fait un peu de soulagement.

Nous aussi avons vu de ces pauvres êtres sangloter de douleur, supplier qu'on ne les touchât pas, que surtout on ne les examinât pas, contracturés, épouvantés du geste qu'on allait pouvoir faire, et ceci même après des semaines de maladie; aussi quand ils essayaient de peindre leur supplice passé, leur torture à essayer tout au début de poser un pied à terre, nous savions bien qu'ils n'exagéraient rien.

Cette douleur atteint généralement d'emblée son acuité maximum; cependant on a pu la voir s'installer graduellement. Ayant débuté par des souffrances vagues qui gênent la marche, empêchent de s'asseoir, de se coucher du côté atteint, elles cèdent encore au repos, se font seulement plus violentes la nuit et privent le malade de tout sommeil. Puis c'est l'augmentation progressive du mal (Assemat), les « crises plus sévères » (Walther), le malade ne peut plus marcher ou se tenir debout par suite de l'acuité de la souffrance (Filipi, Méret et Née) et finalement est apporté en brancard à l'hôpital (Miropolsky) à cause d'une crise douloureuse violente qui le terrasse enfin.

On a vu aussi cette douleur ne consister qu'en « élancements douloureux », ne jamais perdre son caractère lancinant au point d'en imposer indéfiniment pour une sciatique.

Le degré de violence de la douleur permet-il de préjuger de la gravité de l'affection et de son pronostic ultérieur? On pourrait le nier puisqu'on l'a vue être considérable, et l'arthrite se terminer cependant par résolution (Voelker, Assemat) ou, au contraire, comme le signalaient Bardol, Dubois, insignifiante et la maladie aboutir à la plus forte ankylose.

Nous nous rappelons malgré tout que nos cas les plus douloureux furent tous suivis de destructions osseuses graves et souvent de luxations pathologiques.

Cette douleur si violente n'est pas localisée toujours de même façon par les malades.

Tel a la sensation d'avoir son articulation coxo-fémorale « ouverte violemment par une barre de fer chauffée au rouge » (Charteris). Tel autre que c'est « en arrière de la hanche » que siège tout le mal (Walther). Pour plusieurs, c'est en dehors, au niveau du grand trochanter (Ryckewaert, Bénasson), tandis que d'autres indiquent l'aîne, le « trajet même du pli inguinal », la région au-dessous du pli inguinal, la « partie moyenne de l'arcade crurale » (Duplant et Péhu, Ryckewaert, Bénasson, Hewes).

La douleur associée du genou existe ici aussi comme dans la coxalgie. La jeune fille de Singer entre à l'hôpital pour des douleurs très brutales dans le genou gauche. A l'examen il n'y a aucun signe objectif, pas d'épanchement, les mouvements sont parfaitement libres. Mais on découvre qu'au niveau du grand trochanter la région est très douloureuse au palper et que les mouvements imprimés au fémur entraînent très rapidement le bassin. Trélat vit ainsi un malade qui avait été soigné pour son genou (vésicatoires, pointes de feu) alors que tout se passait dans la coxo-fémorale.

D'autres erreurs peuvent être commises. Des douleurs dans la cuisse, dans le bas-ventre, peuvent par leur violence faire croire à une paramétrite (Spencer), à une compression du plexus sacré, puis à une suppuration profonde (Lancereaux) avant que le diagnostic soit éclairé. On voit encore la douleur de la hanche irradier le long du sciatique, dans tout le membre inférieur, atteindre les orteils, ou au contraire remonter vers l'abdomen et les lombes.

Attitude. — Cette violence dans la douleur commande l'attitude du membre, le malade recherchant la position qui le fera le moins souffrir; contractant sa hanche de façon à l'immobiliser.

La flexion est la première position adoptée d'emblée; elle est constante, et il est tout à fait exceptionnel, comme le faisait remarquer Gosselin et König, de rencontrer l'absence de contracture, l'extension « franche et absolue » du membre. Avec le cas de Gosselin, nous ne l'avons trouvée signalée que deux autres fois par Hamann et Grisel.

A la flexion va très rapidement se joindre l'abduction ou l'adduction avec rotation.

König trouvait dans la moitié de ses cas flexion, abduction, rotation externe avec allongement apparent et il jugeait cette position d'un pronostic beaucoup moins grave que la flexion avec adduction et rotation interne qu'il n'avait rencontrée que dans le quart de ses cas. C'était pour lui « l'attitude de la luxation typique avec raccourcissement apparent, de sorte que si cette attitude persiste, le raccourcissement apparent se transforme en raccourcissement réel avec ascension du trochanter. A la radiographie apparaît alors la raison de ce raccourcissement. Il existe une subluxation soit au delà d'un cotyle qui présente une brèche, soit une pénétration de la tête dans un cotyle à demi-détruit. »



Fig. 3. — (*In Mondor*). Coxite puerpérale aiguë. Radiographie un mois après le début de la maladie. L'ulcération compressive qui apparaît nettement ici a déjà entraîné une subluxation avec déformation de la tête fémorale. Malgré l'extension continue et le traitement médical les destructions osseuses seront importantes (*voir la figure 14*).

Nous aurons l'occasion de reprendre ces notions de tant d'importance. Voici seulement ce que nous avons pu recueillir de la lecture des observations.

Sur 25 cas où l'attitude du membre était notée, à la flexion signalée seule parfois, s'ajoutait de la rotation externe, position la moins douloureuse, dit Ullmann, ou un plus ou moins léger degré de rotation interne.



Fig. 4. — Attitude en flexion et adduction forcée
un mois après le début d'une coxite puerpérale aiguë atrocement douloureuse.
(Mondor) voir aussi les figures 3 et 14.

Quant à l'adduction, c'est la position la plus fréquente, contrairement aux constatations de König. Nous l'avons trouvée 9 fois pour 6 fois l'abduction; or, 3 fois seulement elle s'est compliquée de luxation pour 5 fois dans les cas d'abduction.

Des cas que nous avons vus nous retiendrons celui de cette coxite puerpérale où l'adduction était si accentuée que le genou plié recouvrait la cuisse du côté opposé, ainsi que le montre la photographie que nous reproduisons, attitude semblable à celle que Bonnet avait déjà rencontrée et

dessinée dans son atlas sur les affections articulaires, ainsi qu'il le signale dans l'observation n° 19 qui se trouve à la fin de cette thèse.

Le gonflement. — C'est pour König le second symptôme important et toujours constant.

Il existe en effet bien souvent, survenu parfois subitement, horriblement douloureux spontanément, comme l'indiquait un malade de Mathiès; il peut manquer tout d'abord et n'apparaître que secondairement (Ullmann) ou encore exister légèrement, puis croître dans un deuxième temps comme sous l'influence d'une nouvelle poussée (Schussler); enfin manquer totalement malgré la douleur terrible, ainsi que l'ont signalé Bénasson, Voelker, Ullmann.

La tuméfaction est tantôt peu importante, localisée dans son siège; au-dessus de l'articulation, dans la région inguinale surtout et la comblant (Richet), dans le triangle de Scarpa (Hewes), exceptionnellement en arrière dans la zone sacro-iliaque (Walther) ou entre le grand trochanter et l'ischion dans la gouttière du grand sciatique (Richet), ce qui donne une augmentation du diamètre antéro-postérieur (Eltchaninoff).

Ou bien elle envahit toute la base du membre; c'est alors la cuisse « en gigot », tout entière augmentée de volume, élargie, volumineuse, « affaissée sur elle-même ». Voelker l'avait vue atteindre un tel volume, qu'elle « faisait suite avec le bassin sans ligne de démarcation » : au premier abord, « sans apercevoir la naissance de l'autre cuisse, on croyait que le corps se continuait ainsi et que le membre pelvien prenait naissance beaucoup plus bas ».

Payr avait même constaté des vergetures dues à cette distension subite et énorme, et Langeron et Delcour, dans leur observation récente, trouvaient tout autour de la hanche une infiltration diffuse si prononcée qu'elle s'accompagnait d'un œdème volumineux des grandes lèvres.

Ce gonflement est plus ou moins rouge, parfois sans aucune modification de la coloration de la peau, et s'accompagne d'un œdème plus ou moins net (Schussler, Buhrig, Grisel, Lancereaux), plus ou moins profond (Mercier), qui envahit le bassin, les lombes, la cuisse jusqu'au genou (Voelker), « blanc, dur, élastique, effaçant saillies et dépressions normales ». Il peut aussi se transformer, rougir, garder le godet, bon signe de suppuration pour Dupuytren nous rappelle Richet, qui vit en effet, dans le cas qu'il nous rapporte, la suppuration gagner la hanche et entraîner la mort.

Ce gonflement, cet œdème traduisent-ils toujours un gros épanchement intra-articulaire ? Pas forcément. Ils ne sont souvent que le fait de la réaction des tissus avoisinant l'articulation, importante infiltration qui amenait autrefois Brun à décrire la forme pseudo-phlegmoneuse.

Bien trop rarement malheureusement, dans une articulation si profonde,

on arrive à trouver une véritable sensation de fluctuation que la ponction seule permet d'affirmer réelle.

Recherche des points douloureux. — Duplant et Péhu trouvaient que gonflement, rougeur, fluctuation étaient peu marqués dans « cette espèce d'arthrite, comme d'ailleurs dans celles de toute nature qui atteignent la hanche », et ils préféraient une recherche minutieuse des points douloureux exactement localisés à la région articulaire.

Leurs deux malades, nous apprennent-ils, « signalaient tout particulièrement une douleur très vive au-dessous du pli inguinal; la palpation même superficielle du triangle de Scarpa leur arrachait des cris, tandis que le choc du grand trochanter était assez bien supporté ». Or on sait, disaient-ils, que « dans la coxalgie la palpation profonde de la région crurale provoque des souffrances assez intenses, mais il nous semble que dans l'arthrite blennorragique de la hanche cette localisation est encore plus précise. La superficialité du point douloureux indiquerait peut-être de la part des tissus recouvrant l'articulation, une participation spéciale au processus infectieux. »

Nous avons retrouvé dans presque chaque observation bien prise l'existence nette de ces points douloureux, nous l'avons toujours constatée par nous-même, et d'après la lecture de certains documents nous pouvons dire qu'elle est seule, même parfois sans gonflement péri-articulaire sans tuméfaction, la signature de l'affection.

Douleur à la pression de la tête fémorale, recherchée dans le pli de l'aîne vers la partie moyenne de l'arcade crurale. Cette tête, Mathiès l'avait sentie en dehors de l'artère fémorale comme une tuméfaction dure de la taille d'une paume; dans l'observation de Richet, elle soulevait les vaisseaux fémoraux, de sorte que ceux-ci apparaissaient très superficiels, « signe des plus importants et qui n'est pas mentionné par les auteurs » sauf une fois cependant par Eltchaninoff et que nous avons rencontré personnellement chez un de nos malades.

Douleur à la partie externe de l'articulation surtout et de façon à peu près constante au niveau du grand trochanter, que la pression, la percussion réveillent en ce point.

Douleur de la hanche même que donne la percussion sur le genou ou la plante du pied (Lancereaux, Bazy).

Il faut tenir pour exceptionnel, les cas de Henschen et de Schlagenhauser, où la douleur avait son siège dans la région abdominale inférieure et où dans la profondeur du bassin on sentait une résistance telle qu'un examen superficiel pouvait la faire attribuer à un abcès du psoas. Ils sont sous la dépendance de faits rares sur lesquels nous reviendrons en parlant des bassins gonococciques.

Mouvements. — Ils sont bien difficiles à apprécier chez un malade hurlant de douleur au moindre examen, qu'il serait d'ailleurs bien cruel de lui imposer. Naturellement très limités, ils le sont de manière précoce et même les cas bénins se marquent par une limitation de la flexion, de l'extension, de l'abduction ou de l'adduction indistinctement.

Ce qui existe surtout, masquant tout mouvement, c'est une contracture musculaire de vigilance qui cherche à immobiliser l'articulation trop douloureuse, contracture si obstinée parfois qu'elle se traduira même à la vue et ne cédera qu'au bout de plusieurs jours d'extension continue.

Corde des adducteurs. — Assez caractéristique, ce signe pourrait être appelé « signe des adducteurs ».

Déjà signalé une fois par Bazy dans une observation que nous rapporte Felgeyrolles dans sa Thèse, nous avons pu le vérifier chez une de nos malades tout au début de son affection qui fut pourtant bénigne et sans grands signes objectifs (Obs. V).

Lorsqu'on explore l'articulation de la hanche, on découvre vers la partie interne de la cuisse une douleur vive et franche qui siège au niveau de l'attache supérieure des muscles adducteurs. Mais surtout aux essais de mobilisation extrêmement limités par suite de cette contracture musculaire intense, on voit, en essayant de provoquer l'abduction, faisant saillie sous la peau, la corde des adducteurs eux-mêmes.

Il ne nous semble pas que la contracture soit aussi intense au début des coxalgies.

Adénopathie inguinale. — On ne peut terminer l'exploration de la hanche sans rechercher les ganglions inguinaux; classiquement ils sont l'apanage de la coxalgie, lésion tuberculeuse, et on ne les rencontrerait pas dans la coxite gonococcique. Mais Delbet et Mornard ont montré que les arthrites blennorragiques étaient susceptibles de s'accompagner d'adénopathie régionale et en effet, à la hanche, elle se rencontre parfois.

Nous l'avons trouvée signalée 7 fois et toujours très douloureuse. Constante chez le nourrisson, semble-t-il, d'après Coopermann, nous-même l'avons constatée dans deux cas à la phase aiguë de l'affection et même plusieurs mois après le début de l'arthrite.

Coopermann indique encore que chez le nourrisson il existe toujours une dilatation des veines superficielles du triangle de Scarpa.

Devons-nous insister sur la crépitation, les craquements que Nélaton, Kienböck, Payr, notent chez trois malades, sur l'atrophie musculaire, précoce, constante, considérable, véritable fonte de toute la cuisse appréciable sous le gonflement qui la masque parfois et pouvant aboutir à un état absolument squelettique du membre inférieur. L'aplatissement de la fesse, l'abaissement du pli fessier ont été aussi indiqués, mais recherche-t-on

ces signes à la phase aiguë de l'affection et sont-ils spéciaux à la coxite gonococcique ?

Symptômes généraux. — La blennorragie est une véritable maladie et nous n'avons jamais vu d'arthrite gonococcique, quelle que fût sa localisation, sans atteinte de l'état général.

Même quand l'articulation est peu gravement touchée, les malades sont toujours pâles, amaigris, subfébriles, fatigués, sans appétit. Dans les formes d'arthrites plus graves, la température est à 39°-40°, oscillant pendant des semaines, et les courbes de température remarquablement semblables sont impressionnantes par leur longueur (voir *fig. 4*).

Pour la hanche, l'état général s'aggrave du fait des escarres impossibles à éviter même chez des malades fort bien soignés, mais que les douleurs atroces rendent si difficiles à mouvoir et qui, par terreur de la souffrance, préfèrent souiller leur lit plutôt que de réclamer un bassin.

Escarres fessières, sacrées, talonnières aggravant singulièrement le pronostic, sont la porte d'entrée des infections secondaires auxquelles il faut sans doute imputer la mort dans un de nos cas personnels et dans l'observation rapportée par Boinet.

FORMES CLINIQUES.

König divisait les coxites gonococciques en deux groupes distincts : dans l'un il faisait entrer les coxites sans vices d'attitude, sans contracture, qui étaient les formes les moins graves; dans l'autre, au contraire, les coxites qui s'accompagnent de grosses déformations, de contractures et qui, disait-il, « sont à coup sûr d'une extrême gravité ».

L'année d'après, reprenant sa division, il concluait : « Il existe des cas bénins de coxites gonococciques, ce sont les plus rares, ils guérissent rapidement et sans séquelles, mais beaucoup plus souvent on a affaire à des cas graves et parmi ceux-ci on peut encore distinguer ceux dont le début est progressif, dans lesquels le malade boîte peu à peu, marche encore quelque temps, puis finit par s'aliter, la douleur devenant excessive; ceux au contraire à début rapide avec limitation immédiate des mouvements, douleur intense et gros gonflement. »

On pourrait en réalité classer les formes cliniques d'arthrites coxo-fémorales blennorragiques uniquement d'après leur évolution et ne retenir que cette division qui est réelle et seule intéressante pour le clinicien, de cas bénins non suivis de séquelles, de formes ankylosantes, et enfin de formes très graves destructrices. Mais ne tenir compte pour cela que de la forme de début, lent puis aggravé, ou d'emblée très grave, n'est pas suffisant; non plus que de ne considérer que les vices d'attitude pour régler le pronostic, car nous avons vu comme Hamann que des cas sans déformation s'accompagnaient parfois de destruction intense et étendue de l'article.

Depuis König, nos connaissances sur les arthrites gonococciques se sont augmentées de notions non seulement cliniques, mais aussi anatomiques dont on voudrait tenir compte dans l'exposé des formes cliniques.

Mais, comme le disait Broca, on ne peut guère juger des divers états dans « la profondeur de la hanche que par analogie avec ce qu'on voit et sent au genou, toutes réserves faites sur l'étendue et les recoins de la synoviale ». Ce que l'on constate surtout cliniquement, c'est qu'à la hanche comme au niveau d'autres articulations, il est possible de voir tous les aspects cliniques : « arthralgie fugace, arthralgie rebelle, arthrite subaiguë au cours d'une polyarthrite, arthrite à épanchement, arthrite suppurée, arthrite pseudo-phlegmoneuse, arthrite prolongée, arthrite tardive, arthrite chronique ». (M. Mondor).

Comme il serait trop long de les décrire toutes, nous ne voulons que retenir certaines formes et en tenant compte à la fois de leur évolution et de certains caractères cliniques et anatomiques un peu particuliers les diviser en :

Formes synoviales (*a*, arthralgiques mono- ou polyarticulaires; *b*, à épanchement séreux ou purulent);

Formes ostéo-articulaires;

Formes septicémiques et ensemençantes;

Formes associées.

Enfin, consacrer deux chapitre aux coxites de l'enfance et aux coxites de la puerpéralité, à cause de la méconnaissance où on les tient et des discussions auxquelles elles prêtent encore.

FORMES ARTHRALGIQUES.

C'est la forme la plus atténuée de l'affection, réduite à son expression la plus simple. Deux cas peuvent se présenter : ou il s'agit d'une polyarthrite à forme arthralgique et la hanche est ici touchée au même titre qu'un poignet, un genou, une temporo-maxillaire, etc. ou la localisation coxo-fémorale est unique, mais ne revêt qu'une allure bénigne capable elle-même de dépasser ce stade ou de s'y maintenir, comme nous le verrons.

Polyarthrite à forme arthralgique. — Voici de ce premier cas une observation due à Lebeuf :

R..., veuve L..., Marguerite, 41 ans.

Entrée le 13 juin 1923 pour des douleurs articulaires.

A 22 ans, fièvre typhoïde suivie de pleurésie; en 1912, crise de rhumatisme articulaire aigu avec articulations augmentées de volume rouges et douloureuses, et fièvre ayant nécessité le séjour au lit; en 1914, hématurie avec douleurs gastriques ayant actuellement complètement disparu.

Depuis octobre 1922, la malade qui avait changé de travail, et était obligée de se tenir continuellement debout, a constaté l'apparition de douleurs au niveau du cou-de-pied. Le soir douleur plus vive et œdème localisé.

Depuis 3 mois la malade présente des pertes blanches très abondantes qui sont jaunâtres, tachant le linge; elles s'accompagnent de douleurs à la miction : sensation de cuisson, de brûlure extrêmement vive.

Depuis 2 mois, douleurs articulaires plus accusées.

Quinze jours avant l'entrée, angine avec malaises généraux et courbature.

Le 11 juin 1923, apparition de douleurs très vives au niveau de la hanche droite, et dans l'épaule gauche qui obligent la malade à garder le lit et à rester immobile.

Dans les jours suivants, atteinte des petites articulations des doigts et de l'articulation temporo-maxillaire.

A l'entrée, la malade présente un assez bon état général, mais avec une température à 39° accusant des douleurs de la hanche droite et de l'épaule gauche.

A l'examen, au niveau de la hanche droite, pas de modification des téguments; la palpation est très douloureuse au niveau de la face externe de l'articulation. Les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin exécutés avec douceur sont limités, mais possibles.

A l'épaule gauche, de même, on ne trouve pas de rougeur, ni d'œdème, mais une douleur vive à la palpation et à la mobilisation.

Au niveau des autres articulations, légère douleur provoquée par les mouvements. On note un léger degré de trismus.

La malade ne peut s'asseoir en raison des douleurs.

Examen de vulve. Urétrite chronique, la pression fait sortir de l'urèthre une goutte purulente; nombreux polynucléaires plus ou moins altérés, des *gonocoques* rares, intra et extra-cellulaires, avec des microbes associés variés.

Vaccinothérapie : 11 injections.

Guérie, quitte le service le 2 septembre 1923.

Nous trouvons bien ici tous les caractères de ces formes simples. Ce début lent, ces douleurs d'abord vagues attribuées à un refroidissement, à un changement de métier, à une station debout trop prolongée, puis plus insistantes, plus localisées à deux ou trois articulations spécialement. L'examen local ne donnant que peu de renseignements, pas de modification dans l'aspect, la couleur, la forme du membre atteint; pas d'empâtement, pas de signes d'épanchement, une douleur vive, mais non intolérable au niveau de l'interligne articulaire; une mobilisation pénible, mais qui ne fait pas hurler; des mouvements peut-être un peu limités, mais possibles pour peu que le malade y ajoute de la complaisance et que l'on s'y prenne sans brusquerie.

Ce sont ces malades qui sont souvent considérés comme atteints de rhumatisme articulaire aigu, soignés comme tels, améliorés même par le salicylate de soude, que le repos et un temps assez court débarrassent en tout cas de tous phénomènes articulaires, et qui rapidement retrouvent la souplesse et la pleine liberté de leurs mouvements.

L'interrogatoire soigneux, instruit sait faire le rapprochement entre cette poussée articulaire et un écoulement déjà tari ou des pertes blanches tout à coup plus abondantes, une grossesse de quelques mois. Et c'est alors le triomphe de la thérapeutique spécifique, des traitements les plus divers, qu'ils soient chimiques ou physiques.

Toutefois, au cours de cette polyarthrite, une éventualité peut se produire; la localisation coxo-fémorale demeure elle-même bénigne, tandis qu'une autre articulation s'aggrave.

Un malade de Filipi, âgé de 35 ans, contracte une blennorragie 15 jours avant son entrée à l'hôpital. Sans prendre d'autres conseils que ceux de ses camarades, il se soigne avec de l'extrait de Saturne. Il y avait à peine 15 jours qu'il avait entrepris ce traitement quand il ressentit des douleurs lancinantes dans la hanche gauche. Quarante-huit heures après le début de ces douleurs, il ne pouvait plus marcher à cause de ses souffrances.

Trois jours après, le cou-de-pied commence à enfler, puis le genou, qui bientôt suppure, réclame un traitement énergique, alors que la hanche reste longtemps douloureuse et est seulement améliorée par les traitements ordinaires.

Dans les formes bilatérales, disait König, « les deux hanches atteintes simultanément le sont toujours à un degré divers », et l'une s'aggrave pendant que l'autre se guérit.

Nous avons un exemple de ce fait dans un cas rapporté par M. Mondor. D'un côté l'arthrite s'est guérie vite et n'a laissé aucune séquelle, tandis que de l'autre côté se produisait une luxation grave.

Monoarthrite à forme arthralgique. — Ici les phénomènes sont les mêmes, mais l'unique localisation est d'emblée à la hanche, ce qui rend parfois le diagnostic étiologique plus lent et plus difficile, à moins que l'attention ne soit spécialement attirée sur une gonorrhée abondante. Dans ce cas encore, l'esprit peut se trouver enclin à rejeter l'idée d'un rapport de cause à effet entre cet écoulement abondant et des phénomènes articulaires aussi peu importants.

Ross (1922) nous conte l'histoire d'un malade qui depuis 1911 n'a cessé d'avoir une goutte militaire : en 1920, exposé à la contamination, il refait une décharge purulente abondante, une légère atteinte de sa hanche droite, puis le surlendemain une localisation unique et plus grave, semble-t-il, de sa hanche gauche qui est enflée et très douloureuse au point que le malade n'ose pas se tourner dans son lit ou faire le plus petit mouvement.

Dès le jour suivant, une piqûre de 10^{cm³} d'électrargol intraveineux a fait disparaître la douleur; le malade peut se tourner dans son lit et la flexion complète de la cuisse est obtenue.

Dix jours plus tard, après six injections d'électrargol et de vaccin, il peut marcher dans la salle facilement et sans boiterie.

Malgré la valeur du traitement employé, il semble plutôt que ce soit à la forme bénigne qu'on doive attribuer un si heureux résultat.

Si l'évolution de ces formes arthralgiques est généralement bénigne et rapide, cependant, que l'on ait affaire à la forme polyarticulaire ou à la forme monoarticulaire, cette arthralgie, ce stade de début peu inquiétant, prêt semble-t-il à céder au repos, à la plus banale des thérapeutiques, peut s'aggraver soudain et n'être en somme que le prélude d'une arthrite coxo-fémorale à évolution plus redoutable ou même à complication importante.

La malade de Dubois est enceinte à 22 ans. Au troisième mois de sa grossesse elle est prise d'une attaque de « rhumatisme articulaire aigu » qui a envahi plusieurs articulations, entre autres le genou et le coude droits, pour se localiser ensuite à la hanche gauche. Cette arthrite peu douloureuse

a duré pendant tout le temps de la grossesse, Peu à peu, l'ankylose s'est formée et elle est devenue de plus en plus complète.

Tel malade, qui aura traîné plusieurs jours avec des douleurs sourdes, dans sa hanche, qui aura eu pendant quelque temps de la difficulté dans la marche, mais qui n'aura pas cependant été forcé de quitter son travail, se verra tout à coup cloué au lit avec de la température, un mauvais état général, la coxite la plus douloureuse et la plus phlegmoneuse qui soit. Cette simple douleur rhumatismale, cette soi-disant « sciatique », aura été le point de départ d'une arthrite gonococcique typique, comme on le voit souvent d'ailleurs, quelle que soit la localisation articulaire blennorragique.

L'observation suivante de Duplant et Péhu en est un bon exemple :

G. J..., 21 ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} mai 1898.

Le 27 avril, après avoir ressenti une vive douleur au bras gauche avec gonflement du poignet, elle souffrit de la jambe droite, enfin la douleur se localisa au genou gauche.

Elle a remarqué de l'œdème malléolaire à droite, mais ne souffrait pas à ce niveau : à son entrée, la tibio-tarsienne est absolument saine.

Actuellement la douleur est surtout perçue au genou gauche; elle est provoquée par les moindres mouvements et cesse par le repos. Objectivement l'articulation ne présente rien d'anormal, pas d'hydarthrose, de rougeur ou d'infiltration des téguments voisins.

Un examen plus minutieux révèle des douleurs au pourtour de l'articulation de la hanche, exactement au niveau et au-dessous du pli inguinal. Il s'agit, dit-elle, de douleurs lancinantes survenant par intervalles assez rapprochés avec endolorissement profond permanent.

La mobilisation du fémur et les chocs sur le grand trochanter ne provoquent aucune souffrance.

Intégrité absolue de l'articulation sterno-claviculaire.

2 mai : Souffre plus vivement au niveau de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa. Les moindres mouvements, les secousses de toux arrachent des cris.

6 mai : Les douleurs se limitent de plus en plus à l'articulation coxo-fémorale. Les symptômes d'une coxalgie se précisent.

10 mai : On fait examiner la malade par M. Jaboulay. Comme elle présente une leucorrhée fort abondante, l'idée d'une arthrite blennorragique vient à l'esprit de ce chirurgien. L'examen de l'urèthre, la constatation de la présence de gonocoques dans le pus confirment ce diagnostic.

17 mai : Les souffrances de la malade deviennent intolérables, elle crie jour et nuit; l'application d'une gouttière de Bonnet et la morphine en injection hypodermique calment un peu ces douleurs.

La cuisse s'atrophie rapidement et les mouvements de l'articulation sont de plus en plus difficiles. Il existe des poussées fébriles presque chaque soir.

Juillet : L'état de la malade ne s'améliorant que fort lentement, on lui fait un silicate.

Octobre : Après un séjour de 4 mois en chirurgie, elle revient dans le service de M. Bouveret. L'état général est bon. La malade marche, ne souffre plus au repos, mais présente une ankylose complète de la hanche.

Un an après, elle a encore de vives douleurs de l'articulation coxo-fémorale.

Il n'a pas été jusqu'à présent possible de saisir ce qui se passait anato-

miquement au cours de ces arthralgies coxo-fémorales. S'agit-il de lésions périarticulaires seules, de lésions synoviales infimes? On ne peut se prononcer, les examens radiographiques eux-mêmes ne nous fournissent aucun renseignement.

En réalité, ces arthralgies sont évidemment, comme le pense M. Mondor, de véritables « arthrites frustes ». Ici aussi elles sont sans doute, sous leur aspect sournois, la possibilité de foyers infectants nouveaux, de polyarthrites graves, d'ensemencements répétés de l'organisme.

En tout cas on peut sûrement, et à juste titre, leur imputer ces cas de « sciatiques » trainantes, indéfiniment récidivantes, que les traitements médicaux n'améliorent pas et qui sont peut-être, plus souvent qu'on ne pense, des cas d'arthrites coxo-fémorales bénignes, mais rebelles.

Elles sont responsables, Broca le pressentait, mais n'osait l'affirmer, de ces congestions passagères que chez la fille, on peut vraiment soupçonner d'être blennorragiques.

Nous avons déjà vu Taylor signaler chez les adolescents et les jeunes adultes ces arthrites gonococciques de la hanche avec douleur considérable, spasme et déformation, mais sans destruction osseuse, sans tendance aux abcès qui durent longtemps, mais cèdent au repos et à l'extension.

Elles sont enfin peut-être à l'origine de ces douleurs de hanche, certainement pas tuberculeuses, fugaces, non étiquetées de l'enfance, de ces « ostéomyélites frustes », sans signes et qui guérissent toujours, de tant de fatigues coxo-fémorales des jeunes soldats, de tant de hanches devenues douloureuses sous le prétexte de longues marches ou d'exercices prolongés.

Allant plus loin et d'après ce que nous savons de la gonococcie articulaire, nous pouvons nous demander aussi si ces « arthrites frustes » ne sont pas capables de s'éterniser, de devenir rebelles, de créer ces malades d'un certain âge que l'on voit traîner de consultation en consultation, se plaignant « de douleurs de hanches », de « rhumatismes », parfois calmés, parfois recrudescents, que tous les traitements antinévralgiques améliorent mais ne guérissent jamais, jusqu'au jour où un essai vaccinal, une réaction focale par le traitement spécifique semble indiquer la nature du mal. Bientôt une amélioration notable, une sensation de mieux rend au malade une confiance qu'il avait perdue, lui fait croire à une guérison définitive, que malheureusement on ne peut pas devoir lui faire espérer complète du fait de « l'âge » des lésions, comme nous avons pu constater le fait dernièrement à l'hôpital chez une femme de 60 ans et pour une arthrite indéfinie des poignets.

Enfin, il faudrait se demander quelle est la part de responsabilité de ces arthrites frustes, dénommées *arthralgies*, dans les poussées douloureuses des luxations congénitales de la hanche, dans tant d'arthrites chroniques, dans tant de morbus coxae senilis.

FORMES A ÉPANCHEMENT.

Épanchement séreux. — « La synovite séreuse est l'élément principal de la coxalgie blennorragique », lit-on dans l'article du Dictionnaire Dechambre.



Fig. 6. — Épanchement important à la dixième semaine d'une arthrite aiguë. Noter l'élargissement de l'interligne articulaire et l'amincissement du fond du cotyle prêt à se perforer (voir la figure 1).

Si cette proposition est vraie, elle est à la hanche bien difficile à apprécier. Au genou, même une très petite quantité de liquide est facilement mise en évidence, mais « qui peut savoir exactement mesurer l'épanchement intra-articulaire dans une hanche que masquent des phénomènes inflammatoires péri-articulaires ? » (M. Mondor.)

Articulation impossible à bien palper sous ses revêtements musculaires,

et d'autant plus difficile à explorer que les phénomènes douloureux et phlegmoneux sont intenses; crainte injustifiée d'ailleurs, qu'éprouvent bien des médecins et des chirurgiens à tenter une ponction exploratrice, sont les raisons qui empêchent une opinion exacte de s'établir sur la fréquence des formes à épanchement de la coxite gonococcique.

De fait elles seraient peut-être la règle ici comme au niveau des autres articulations. Nous savons bien que M. Mondor, chaque fois qu'il faisait une arthrotomie pour arthrite gonococcique, soit du poignet, du coude, du genou, trouvait toujours à l'intérieur de la capsule plusieurs centimètres cubes de liquide, et ceci même dans les formes pseudo-phlegmoneuses, celles où le gonflement et l'œdème des tissus périarticulaires sont les plus intenses.

Mais comment en clinique déceler cet épanchement au niveau de la hanche ?

Il faudrait qu'il fût déjà assez important pour qu'un examen radiographique, en montrant l'écartement inhabituel des surfaces articulaires, (comme on pouvait le constater dans un de nos cas), permît de le soupçonner (voir fig. 6).

Avoir sous les doigts la sensation de fluctuation est absolument exceptionnel à la hanche, du fait de la profondeur de l'articulation, de la participation au processus infectieux des tissus périarticulaires. Griffon l'avait sentie nettement chez un enfant, mais on ne peut retenir que comme une rareté ce cas, et celui où Miropolsky prétendit que l'examen de l'articulation coxo-fémorale avait permis de constater « l'existence d'un léger épanchement contrôlé par la ponction à la seringue de Pravaz ».

C'est cette ponction seule qui peut, en réalité, nous fournir une certitude touchant ces épanchements : et, préconisée par certains auteurs, elle devrait être la règle aujourd'hui, d'abord pour les enseignements que nous en pourrions tirer touchant la clinique, et ensuite pour le bien qu'en éprouve parfois le malade, comme nous le verrons dans un instant.

Bennecke disait l'avoir essayée plusieurs fois, « toujours sans résultat ou avec quelques gouttes insignifiantes de sérosité trouble ». Coopermann les répéta sans succès chez ses nourrissons.

Mais parfois négative à un premier examen, sans doute par simple erreur ou difficulté de technique, elle peut, au cours d'une deuxième tentative, même à 15 jours de distance (Schussler) ou grâce à la facilité que donne l'anesthésie (Mathiès), montrer la présence d'une légère sécrétion plus ou moins muqueuse.

Cet épanchement est presque toujours de minime importance et il ne semble pas qu'il existe ici comme au genou de ces hyarthroses de 20 à 30^{cm} se reformant vite, reponctionnées deux et trois fois de suite avec une abondance toujours égale. En général, on retire déjà avec difficulté 3 à 4^{cm}

parfois seulement une ou deux gouttes de liquide, permettant l'établissement de la formule leucocytaire.

Dans une de nos observations personnelles, il est vrai, et à la dixième semaine d'une coxite aiguë, on retira aisément 10^{cm³} de liquide hémorragique et trouble, et c'est dans ce cas que l'espace entre les surfaces articulaires sensiblement agrandi permettait d'emblée un diagnostic d'épanchement (voir *fig. 6*).

Walther de Boston cite de même un de ses cas, où à la ponction de l'articulation on obtint 10^{cm³} d'un liquide séreux qui contenait des gonocoques.

Cette recherche bactériologique, nous l'avons déjà vu, était faite dès 1894 par Weifser. Le liquide ponctionné fut cultivé avec succès sur gélose au sérum et la culture réensemencée sur le même milieu.

Nous-même avons fait cette recherche dans trois cas et sans le moindre résultat.

Cette ponction, élément diagnostic, peut devenir dans certains cas un moyen thérapeutique. Mathiès notait dans une de ses observations : « Depuis la ponction, l'état général s'est amélioré » ; or, on n'avait retiré qu'« un peu de liquide muqueux », mais nous avons pu faire nous-même semblable constatation.

Voici d'ailleurs, pour illustrer ces formes bénignes d'épanchement une de nos observations personnelles.

Observation I. — (Personnelle).

M^{lle} D..., 17 ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon le 21 octobre 1927 sur le conseil de son médecin pour des douleurs de l'articulation coxofémorale droite. L'affection a débuté le dimanche 16 octobre.

Ce jour-là, la malade était au cirque à La Varenne quand, à 9^h du soir, elle ressentit une douleur sourde puis plus vive dans sa hanche droite. Vers 10^h, souffrant trop et ne pouvant plus rester assise, elle se leva et se mit à marcher. Une demi-heure plus tard, alors qu'elle se trouvait dans un bal voisin, elle se mit à danser un charleston, mais dut bientôt s'arrêter, ne pouvant faire aucun mouvement d'abduction du membre inférieur droit sans souffrir horriblement. Elle rentra alors chez elle très difficilement, boitant, traînant la jambe, et à plusieurs reprises crut qu'elle allait tomber.

Une fois couchée elle souffrait tellement de sa hanche qu'elle ne savait dans quelle position se mettre.

Le lendemain matin 17 octobre, après une très mauvaise nuit, elle constata que sa cuisse droite était légèrement fléchie, le genou ramené vers l'autre jambe, position qui diminuait les douleurs, lui semblait-il. Elle ne put se lever et l'on fut obligé de la ramener à Paris en auto.

Là un médecin fit le diagnostic de refroidissement et prescrivit deux jours de repos.

Le troisième jour, mercredi 19 octobre, elle put descendre ses trois étages pour aller dîner et rentra aussitôt.

La descente et la montée de l'escalier furent extrêmement pénibles et la marche ne s'effectuait qu'avec une boiterie assez prononcée.

Le jeudi 20, la malade sortit de nouveau de midi à 10^h du soir ; la marche était très douloureuse et la position assise mal supportée.

Le vendredi 21 la malade souffrant beaucoup, on fit appeler un nouveau médecin qui diagnostiqua un « rhumatisme aigu » et la fit entrer à l'hôpital Beaujon, où elle fut admise dans le service de M. Souligoux.

A l'entrée, la température est à 39° et le lendemain matin à 38°. La malade souffre beaucoup. La cuisse droite est en flexion marquée, adduction et rotation interne. L'aspect de la hanche n'est pas pseudo-phlegmoneux, mais il existe un élargissement de la racine du membre. La palpation réveille une douleur extrêmement vive sur la face antérieure de l'articulation au niveau du pli inguinal, en dedans et en dehors des vaisseaux fémoraux. Douleur marquée sur le grand trochanter, mais moins vive en arrière.

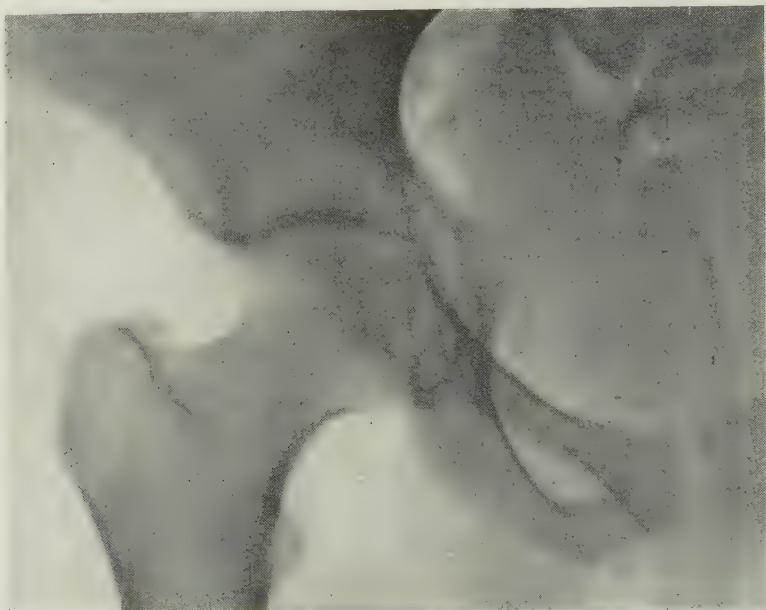


Fig. 7. — Forme à évolution bénigne. L'abduction reste seule un peu limitée. Pincement articulaire, mais les surfaces osseuses paraissent peu atteintes.

Les mouvements d'extension et d'abduction de la cuisse sont à peu près impossibles et extrêmement douloureux.

Pas de ganglions inguinaux, grosse atrophie musculaire, mais on ne constate aucun raccourcissement.

Toutes les autres articulations sont indemnes.

A l'examen viscéral, on ne peut rien noter d'anormal. Dans les antécédents on ne trouve rien à relever, la malade a toujours été en parfaite santé et c'est la première crise articulaire qu'elle présente.

Mal réglée ordinairement et depuis longtemps, elle présente des pertes blanches peu abondantes, mais le dimanche où a débuté sa maladie elle avait remarqué qu'elle avait un écoulement beaucoup plus important et verdâtre. Les jours suivants, ces pertes ont diminué et à l'entrée ne sont pas très intenses, mais un frottis d'un prélèvement fait au niveau du col montre quelques diplocoques intra-cellulaires du type gonocoque.

Une radiographie faite aussitôt n'a rien révélé d'anormal, sauf un très léger degré de décalcification. La malade est mise dès son entrée en extension continue et, après la découverte des gonocoques vaginaux, on institue un traitement par le Lysat vaccinal gonococcique de M. Duchon.

La température est fixée aux environs de 38° et les douleurs persistent encore assez fortes.

Le 2 novembre, on pratique une ponction de la hanche qui retire 1 cm³ de liquide trouble purulent à polynucléaires, mais dans lequel on ne peut mettre en évidence de microbes, et dont les cultures demeurent stériles.

Dès ce jour-là la malade se sent considérablement soulagée, prétend ne plus souffrir et avoir retrouvé son sommeil.

La température ébauche une descente; 1 mois après l'entrée à l'hôpital, on fait une deuxième radiographie de la hanche qui montre alors une décalcification beaucoup plus intense avec disparition de l'espace clair intra-articulaire mais sans apparence de destruction osseuse (voir fig 7).

Le traitement vaccinal est poursuivi jusqu'à 12 injections (0 cm³, 25; 0 cm³, 50; 0 cm³, 75; 1 cm³; 1 cm³, etc.) et au début de décembre on enlève l'extension continue.

Les mouvements de la cuisse sont absolument indolores, la flexion est normale ainsi que l'extension et l'adduction, mais l'abduction reste limitée.

Le 15 décembre, la malade commence à marcher sans souffrir et quitte l'hôpital le 24 décembre, 9 semaines après l'entrée, sans température, en bon état général, ne gardant que de la limitation de l'abduction.

Le pronostic des formes à épanchement séreux ou séro-fibrineux est bon même au point de vue de la fonction du membre.

Le cas que nous venons de rapporter vient confirmer ce que nous avait déjà appris la lecture des observations et principalement celle de Walther de Boston.

La voici d'ailleurs :

Homme blanc, célibataire, 25 ans, tailleur.

Gonococcie 6 semaines auparavant, pas de traitement pour l'uréthrite. Il vient me trouver non pour son urèthre, mais pour des douleurs sévères « en arrière de la hanche droite ». Uréthrite intense, dans laquelle on trouve des gonocoques. Gonflement et douleurs de plus en plus grandes à la pression de la hanche droite, localisées à la zone sacro-iliaque; la douleur est si intense que c'est avec effort qu'il peut marcher ou même se tenir debout. Température 101° F.

Ponction articulaire, 10 cm³ de liquide séreux avec gonocoques en abondance après centrifugation. Prostate et vésicules séminales normales. Traitement : repos absolu, au lit, immobilisation de la hanche au moyen de bandes plâtrées, traitement de l'uréthrite, et hyperhémie active sur la jointure malade. En 2 semaines, grosse diminution de l'uréthrite, les douleurs de la hanche ont diminué et, en 3 semaines et demie, le malade reprend son travail.

Depuis 2 ans, pas de récurrence.

Il est peu probable, malgré ces deux exemples heureux, que la résorption du liquide se fasse toujours aussi rapidement et n'entraîne pas plus de désordre. Chez une de nos malades, à la dixième semaine de l'affection, l'épanchement était encore important et il n'y a aucune raison pour qu'à la hanche comme au genou n'existent pas ces hydarthroses lentes à guérir,

récidivantes, chroniques, ou encore insidieuses, bilatérales, capables d'aboutir aux formes les plus plastiques et les plus ankylosantes.

Épanchement purulent. — A la hanche, la pyarthrose vraie existe aussi, et nous en connaissons plusieurs observations. Est-elle, comme le voulaient certains, la transformation fatale d'une hydarthrose banale ? Notre malade, ponctionnée à la dixième semaine de sa maladie, montrait en fait un liquide trouble peut-être jusqu'ici uniquement séreux et en voie de suppuration, mais il existe sûrement des formes purulentes d'emblée et non pas, comme le prétendait Buhrig, « surtout chez les gens du peuple qui ne se soignent pas assez tôt ».

Cliniquement, cette arthrite suppurée peut évoluer de façon latente et son apparition risque fort de passer inaperçue dans une articulation aussi profondément enfouie; notre malade était apyrétique à l'entrée, celle de Griffon aussi et l'auteur s'étonnait du degré avancé des lésions profondes constatées après la mort, opposé au peu d'intensité des phénomènes réactionnels à la superficie.

Aussi, si l'on ne prend pas soin de ponctionner la hanche, bien des coxites suppurées sont des découvertes d'autopsie (Peter, Kimball).

Mais souvent un état général alarmant, des signes locaux aggravés, un œdème plus étendu, plus rouge, gardant l'empreinte de la pression du doigt, signe excellent pour Dupuytren, ont fait reconnaître la suppuration du vivant même du malade.

Voici quelques observations déjà anciennes. L'une est de Buhrig :

Un homme de 23 ans est atteint de rhumatisme à localisations diverses; ce fut d'abord le genou droit, puis avec persistance la hanche gauche.

La douleur est constante, sans être au début très vive, se montre surtout à la marche, si bien que le malade, gêné, vient consulter.

Deux applications de ventouses scarifiées ne le soulagent en rien, au contraire la douleur augmente encore, un gros gonflement œdémateux apparaît et la température s'élève.

Le malade souffre à un point terrible.

A l'admission dans le service, il me semble pâle, ayant l'aspect d'un malade grave. La région coxo-fémorale est gonflée, la peau rouge, les tissus œdémateux, la mobilité est nulle, et du reste l'exploration des mouvements est impossible tant la douleur est vive. De plus, aucun sommeil n'est possible, l'anorexie est totale, la température élevée le pouls rapide, la langue sèche, la soif intense.

Le degré d'intensité des douleurs, les signes locaux, les signes généraux en imposent pour une arthrite suppurée, évolution d'une synovite rhumatismale coxale. Les signes de liquide sont nets, la fluctuation marquée, et il ne peut s'agir d'un épanchement séreux avec de tels signes locaux et généraux.

Sitôt que le traitement médical eut « refroidi les humeurs du malade », il ne restait plus qu'à porter le fer dans la plaie, et c'est ce qui fut fait sous anesthésie, par cautérisation des deux côtés du grand trochanter et au-dessus et au-dessous de l'articulation.

Presque dès la première nuit après la cautérisation, le malade dormit quelques heures on retira une grosse quantité de pus.

Ce traitement énergique fut heureux; peu à peu la douleur diminue et les mouvements reparaissent. Il ne reste plus qu'à traiter les fistules.

Alors que la coxite rétrocédait apparaissait un nouveau symptôme : sciatique et névrite crurale.

Vers la fin de l'année, le malade marche aisément, mais il a une ankylose de la hanche.

Voici maintenant une observation de Chapplain de Marseille :

Charles D..., 21 ans, marin, grand, vigoureux, paraissant jouir d'une excellente constitution, entre le 10 mars 1872 dans le service de chirurgie.

Ce jeune homme contracta dans les derniers jours de janvier, une blennorragie qui, dit-il, disparut complètement vers les derniers jours de février.

Le 3 mars, après être longtemps demeuré au froid, il ressentit une douleur vive dans le genou gauche.

Huit jours plus tard, après avoir inutilement essayé de quelques remèdes locaux, il ressentit de nouvelles douleurs dans l'autre genou et dans l'articulation coxo-fémorale droite : il se fit conduire à l'hôpital.

Examen. — 11 mars : Le genou gauche est le siège d'une tuméfaction considérable. Le moindre attouchement y développe des douleurs extrêmement vives. Il y a une collection très considérable de liquide.

Le genou droit et l'articulation coxo-fémorale du même côté présentent une grande sensibilité à la pression et aux mouvements.

Mauvais état général, frissons faisant craindre la formation de pus dans l'articulation.

Un symptôme me ramenait à rapporter l'*inflammation articulaire à la blennorragie*: c'était la tendance évidente de l'inflammation à se terminer par la suppuration.

Membre placé dans une gouttière, vésicatoire sur le genou gauche, cataplasmes sur le genou et la hanche droite.

Les jours suivants, frissons, augmentation du liquide articulaire. Ponctions, pus épais et bien lié.

Le 27 mars, soit 17 jours après l'entrée, arthrotomie, lavage à l'eau phéniquée. La nuit, le malade dort. Mieux sensible jusqu'au 4 avril.

4 avril : Ce jour-là des douleurs vagues apparaissent dans le membre gauche, demeuré indolore depuis l'ouverture de l'articulation droite. Pouls élevé entre 104 et 108. Insomnie.

Bon état de la plaie opératoire du genou.

11 avril : des douleurs vives se sont manifestées dans la hanche droite qui est le siège d'un empâtement très manifeste.

L'état général demeure très bon, et l'on pourrait le considérer comme guéri si ce n'étaient les douleurs vives qu'il ressent dans la hanche et le genou droits et qui témoignent de la persistance de la maladie.

2 mai : Plaies presque cicatrisées, mais état rhumatismal persistant.

A dater du 12 mai, l'état général devient moins bon.

25 mai : on est obligé d'ouvrir un abcès de la cuisse droite, ayant la grosseur d'un œuf, placé à 10^{cm} au-dessous de l'articulation et ne communiquant pas avec elle.

Le genou droit est demeuré toujours douloureux, mais non tuméfié. La hanche droite, au contraire, présentait un foyer de suppuration qui assombrissait beaucoup le pronostic.

Il fallut ouvrir ce foyer à la partie supérieure et externe de la cuisse. Le malade devient alors en proie à une vraie diathèse purulente. Le genou gauche, qui avait paru guéri, se remplissait de nouveau de pus quand des *escarres* se présentèrent au

sacrum. L'état général devient mauvais et le malade succomba par l'abondance de la suppuration.

A côté des arthrites pures, il existe souvent, comme nous le voyons, de ces abcès arthrifluents qui fusent dans toutes les directions et viennent s'ouvrir à la peau, généralement à la partie externe de la cuisse, si on les laisse évoluer seuls. « Le pus se fait jour en avant ou en arrière de l'articulation, écrit Richet, il s'établit des fistules et la maladie marche comme la plupart des tumeurs blanches. Je dois dire cependant que d'une manière générale les coxalgies rapidement suppurées sont moins graves que les autres. »

Négligeant cette dernière proposition de Richet, on peut dire en effet que la coxite gonococcique suppurée est grave, non pas seulement parce que toute arthrite suppurée est d'un pronostic plus sévère à la hanche qu'ailleurs, mais parce que l'infection Neisserienne, si souvent polyarticulaire, devient dans quelques cas une véritable polypyarthrose.

Ceci, si fréquent chez le nourrisson ou chez l'enfant, nous le verrons en parlant des formes infantiles, n'est pas rare non plus chez l'adulte.

C'est le cas de Lorey où hanche et genou suppurent, celui d'Eltchaninoff où, en dehors de la coxite suppurée, existent une périarthrite suppurée de l'épaule et une arthrite suppurée tibio-tarsienne.

La monoarthrite suppurée nous apparaît au contraire tout à fait exceptionnelle et nous n'en avons trouvé que l'observation de Boinet (*voir* plus loin : Formes Septicémiques).

L'explication tient peut-être dans ce fait que les coxites suppurées appartiennent aux formes graves septicémiques que nous étudierons bientôt et que la localisation à la hanche n'est que le prélude d'une véritable septicopyhémie.

C'est par là uniquement que les formes suppurées sont graves; la mort en est l'aboutissement presque fatal, le malade livré alors à cette sorte de « diathèse purulente » dont parlaient les anciens auteurs.

Latence fréquente, évolution apyrétique et pronostic grave, sont des caractères dont il faut se souvenir et qui, une fois de plus, donnent toute sa valeur à la ponction exploratrice.

FORMES OSTÉO-ARTICULAIRES.

Ce sont celles qui à la hanche sont le plus intéressantes, capables d'entraîner les désordres les plus graves, de compromettre à tout jamais la fonction du membre, et qui donnent à la coxite gonococcique sa véritable physionomie clinique, en font en réalité cette « entité pathologique » dont nous parlait König.

Ces formes ostéo-articulaires sont certainement les plus fréquentes : voici qui nous le prouve.

Nous avons actuellement sous les yeux 17 observations récentes d'arthrites coxo-fémorales gonococciques chez des malades que nous avons tous connus et suivis.

Parmi celles-ci 6 appartiennent à M. Mondor et ont déjà été partiellement ou totalement publiées, et nous y avons ajouté 11 observations recueillies par nous.

Or, sur ces 17 malades, il n'en est pas un seul qui présente des extrémités articulaires intactes et il existe incontestablement, visibles à la radiographie, ou contrôlées à l'autopsie, des lésions osseuses allant de la simple encoche sur la tête fémorale jusqu'à la décapitation ou l'usure la plus complète de cette tête et du cotyle, entraînant des luxations graves.

C'est surtout à la radiographie que nous devons la connaissance de ces formes et cependant, malgré son contrôle, on peut supposer que bien des cas nous échappent encore.

Cliniquement, l'atteinte osseuse peut être soupçonnée tout au moins dans ses formes les plus rapides et les plus destructrices, et par conséquent doit entraîner une surveillance extrême des complications qu'elle provoque, c'est-à-dire les luxations fémorales, les enfoncements et les protrusions du cotyle.

On peut dire que les formes ostéo-articulaires constituent les formes cliniquement graves des coxites gonococciques, en tout cas que toutes ces arthrites qui donnent le tableau dramatique que nous avons déjà essayé de tracer (douleur effroyable, gonflement, attitude vicieuse, signes généraux sérieux), que toutes les anciennes observations où manquent malheureusement les examens radiographiques mais qui réunissent une telle symptomatologie sont certainement des formes osseuses.

Nous allons cependant essayer de montrer à l'aide de quelques observations personnelles qu'il existe plusieurs degrés dans cette forme clinique et qu'on pourrait la diviser en :

FORMES BÉNIGNES GUÉRISANT SANS SÉQUELLES ;

FORMES GRAVES AVEC DESTRUCTIONS IMPORTANTES, et parmi elles une distinction est encore possible :

a. Formes avec lésions osseuses marquées mais sans dislocation de l'article ;

b. Formes avec lésions osseuses s'accompagnant de dislocation grave de l'article.

A. Les FORMES GRAVES OSTÉO-ARTICULAIRES sont les formes vraiment importantes de la gonococcie de la hanche, celles qu'il faut apprendre à redouter et à rechercher avec soin dès les premières étapes par des examens

radiographiques en série, car ce sont elles qui font, par des complications qui leur appartiennent en propre et que nous étudierons avec soin, presque tout le pronostic de la coxite et donnent toute son importance, on ne saurait trop le répéter, à un traitement précoce et consciencieux.

Déjà cliniquement elles se laissent soupçonner par l'aspect dramatique de la douleur, souffrance sans repos atroce à supporter même par les plus braves et sur laquelle nous avons longuement insisté.

Joignez à cette douleur une contracture intense et précoce et déjà la mauvaise attitude qu'elle commande; cela suffit, et sans attendre davantage même avant toute radiographie qui tout au début pourrait ne montrer encore qu'un peu de flou des contours osseux, une ostéoporose aiguë portant avec prédilection sur l'épiphyse fémorale ou sur la cavité cotyloïde, il faut savoir appliquer immédiatement l'extension continue qui, si elle n'interrompt pas les destructions osseuses, du moins a cet effet magique, déjà signalé, sur la douleur elle-même et surtout, fait cesser ces contractures intenses, ces mauvaises positions, par conséquent peut être cette ulcération compressive causée par deux surfaces articulaires érodées et trop au contact l'une de l'autre, d'où la production de luxations diverses ou, pour le moins, d'ankyloses en mauvaise position.

Un peu tardivement seulement, et avec une rapidité parfois déconcertante, on verra sur des radiographies successives la décalcification s'accroître, les lésions destructives progresser peu à peu sur les surfaces articulaires : nous en étudierons plus loin tous les aspects anatomo-pathologiques et radiologiques.

Mais alors deux éventualités de gravité croissante vont pouvoir se produire :

a. PREMIER STADE : les lésions osseuses sont marquées, mais les surfaces articulaires gardent leurs rapports normaux.

Le début a ici été le même, la maladie a bien présenté un aspect grave mais l'évolution ne s'est pas poursuivie jusqu'au bout.

Effet d'un traitement énergique (extension continue appliquée à temps, vaccination intensive) ou arrêt spontané du processus infectieux, il semble qu'il y ait interruption des destructions osseuses et par conséquent une crainte moins immédiate de dégâts irréparables.

Nous voulons présenter à ce sujet deux observations personnelles.

Observation II. — (Personnelle).

M^{lle} Val..., 25 ans, femme de chambre, s'étant couchée très bien portante, est réveillée dans la nuit du 25 au 26 janvier 1928 par une douleur violente dans le poignet droit. Le lendemain matin, souffrant atrocement, toute la main étant rouge et enflée, elle va consulter à l'hôpital Laënnec (consultation de la porte) où on lui

répond « que tout cela ne sera rien, que ça va passer » et on lui ordonne d'envelopper de compresses humides main et poignet.

La douleur du poignet droit cède en effet, mais le lendemain elle apparaît d'une violence extrême (à crier, dit la malade) au coude gauche. On prend la température : elle est à $38^{\circ},5$, le soir à $39^{\circ},2$. En même temps, il y a arthralgies très supportables de l'autre coude, des deux genoux, des deux tibio-tarsiennes.

On transporte aussitôt la jeune femme à l'hôpital Laënnec, où elle entre le 29 janvier 1928.

Là, elle donne sur sa maladie les renseignements qui précèdent, confirme qu'elle n'a jamais eu de crise antérieure de rhumatisme articulaire aigu, que l'affection actuelle

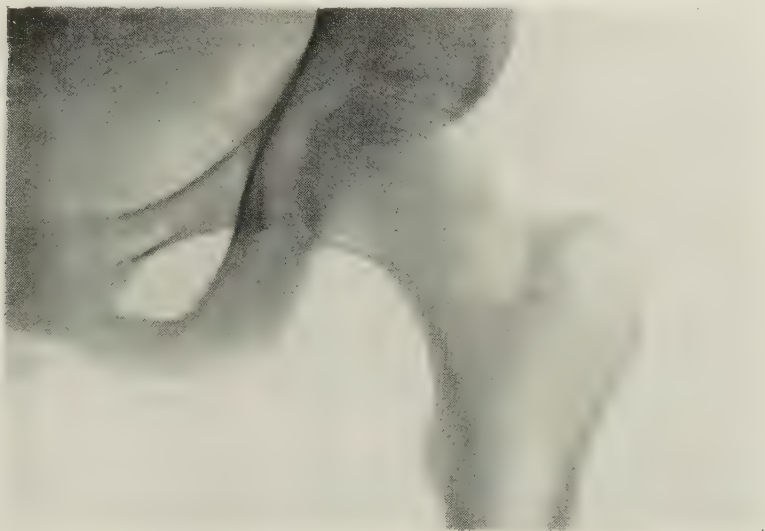


Fig. 8. — Arthrite coxo-fémorale gauche très douloureuse et à longue évolution n'ayant cédé qu'à l'extension continue (voir figure 5). Ulcération compressive n'ayant pas été suivie de destruction osseuse.

n'a pas débuté par une angine, mais qu'elle a été baignée de sueurs profuses dans la nuit qui a précédé son admission, sueurs qui persistent encore très abondantes.

À l'examen, on se trouve en face d'une malade très fatiguée et qui souffre horriblement, la température est à 38° , la langue saburrale, pas d'angine, bouche en parfait état; elle est baignée de sueurs.

Le membre supérieur gauche est allongé sur le plan du lit dans l'immobilité la plus absolue, la malade évitant le moindre mouvement qui réveille la douleur. Le coude la fait souffrir terriblement, il est demi-fléchi, rouge, notablement augmenté de volume. Sa face postérieure surtout est tuméfiée, chaude, la rougeur remontant jusqu'au tiers moyen de la face postérieure du bras, descendant sur la face postérieure de l'avant-bras. L'examen est accepté avec terreur, car il réveille de violentes douleurs.

La palpation de tout l'interligne est très pénible, surtout à la face postérieure de l'articulation. On note un point particulièrement douloureux sur le condyle externe et au niveau de l'articulation radio-humérale.

Du côté du membre supérieur droit, les articulations sont indolores. La radio-carpienne est actuellement tout à fait libre, seulement « sensible », dit la malade.

Du côté des membres inférieurs, les hanches, les genoux, les tibio-tarsiennes sont souples et ne font pas souffrir, mais au niveau de tout l'interligne tarso-métatarsien droit la palpation, les mouvements réveillent une douleur vive, surtout du côté de la première articulation tarso-métatarsienne. Cependant, il n'existe pas de tuméfaction ni d'empatement, et pas de rougeur.

Les antécédents de la malade ne révèlent rien de particulier, elle a été jusqu'à présent en parfait état de santé, elle est bien réglée; depuis 5 ans elle présente des pertes blanches mais qui, depuis juin 1927, sont devenues verdâtres, « atroces », dit-elle, et se sont accompagnées depuis quelque temps de douleur et de brûlure à la miction.

Sans tenir compte de ces détails, on met pendant 5 jours la malade au salicylate de soude à raison de 8^g par jour, puis de 12^g. Le sixième jour, la température monte à 39°, 5; les douleurs sont toujours très vives au niveau du coude; la malade ne dort pas, est très fatiguée, pâle, amaigrie, sans le moindre appétit.

On ajoute alors aux 12^g quotidiens de salicylate de soude une injection de Dmégon tous les deux jours, et ceci pendant 3 semaines. Le résultat est nul, l'état général demeure mauvais; la température, oscillant entre 38° et 39°, atteint pendant 3 jours 40°, 2, 40° et les souffrances articulaires ne sont pas calmées.

C'est alors que le 26 février 1928, un mois après le début de la maladie, elle ressent dans sa hanche gauche une sorte de courbature comme si elle avait été trop longtemps couchée dans la même position, en même temps qu'une douleur violente dans l'aîne et dans la fesse. Il lui est impossible de dormir un seul instant ce jour-là et elle croit que ce sont « ses règles qui vont venir ». (Notons tout de suite que ses règles ont été arrêtées pendant 3 mois entiers et depuis ne sont revenues que d'une manière insignifiante.)

La température, qui avait eu tendance à baisser, remonte aussitôt à 39°, 39°, 7. La racine du membre inférieur gauche est enflée, rouge; la cuisse ne peut être allongée et seule la flexion apporte un peu de soulagement, mais la malade n'a pas un instant de repos, ne sait comment se mettre et pleure tout le temps.

Les autres articulations atteintes avaient repris leur aspect normal, mais plus le temps s'écoulait, plus la hanche lui faisait mal, et la douleur était maintenant beaucoup plus profonde et plus terrible sans être soulagée par aucune médication, même par le salicylate poussé jusqu'à 16^g par jour sans le moindre résultat. Vers le sixième jour, après le début de l'arthrite coxo-fémorale, tout en continuant les injections de Dmégon, on commença un traitement d'extrait thyroïdien de 0,05 chaque jour. Au bout de 3 semaines, la température a baissé de 1° et ne dépasse pas 38°, mais les douleurs sont toujours vives, et ce n'est guère que 3 semaines plus tard encore que se produit une rémission dans la souffrance. Elle ne devait pas durer longtemps et tout à coup on assista à une reprise soudaine des accidents douloureux. Douleur atroce qui faisait hurler la malade, lui donnait l'impression « d'avoir un abcès dans l'aîne » et qui siégeait aussi en arrière comme si elle avait « une sciatique très forte ».

Cette douleur persista 15 jours environ et, contre elle, on essaya un nouveau traitement d'injections de lait qui ne la calmèrent pas et ne firent pas tomber la température. On se décida alors à faire une radiographie le 18 avril 1928 qui permit de voir une forte décalcification des os du bassin, la disparition de l'interligne articulaire, surtout à la partie supérieure du cotyle, et déjà l'éculement léger du toit acétabulaire mais sans signe de luxation.

La malade continuait toujours à souffrir atrocement; elle avoue que cela était de plus en plus pénible à supporter et qu'elle croyait devenir folle; la cuisse et la jambe étaient contracturées en flexion et dans l'impossibilité d'être étendues.

Devant ces phénomènes, on se décida à la passer en chirurgie. On avait en médecine épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, et, si l'on récapitule les traitements employés pendant ces 3 mois, on trouve que la malade ingéra durant 33 jours du salicy-

late de soude qui fut poussé jusqu'aux doses de 16^g par jour, que dans le même temps elle reçut en 2 mois 26 injections de Dmégon suivies de 2 injections de sang et 7 injections de lait. A cela il faut ajouter, pendant 50 jours consécutifs, 5^{cc} d'extrait thyroïdien.

Passée en chirurgie, au début du quatrième mois, fébrile encore, le membre inférieur fut aussitôt mis en extension continue. L'effet fut surprenant : 3 jours après, la douleur de hanche, si violente auparavant, fut calmée progressivement, la malade commença à dormir la nuit, et la température tomba à 37° pour ne plus remonter (voir *fig. 5*).

L'amélioration se poursuit régulièrement et sans incident jusqu'à maintenant.

Vu le 5 juillet 1928, l'état général est très satisfaisant, la malade est rose, a engraisié, ne souffre plus du tout spontanément. Du côté de la jambe gauche, on note encore de l'atrophie musculaire, pas de déformation, pas de raccourcissement. A la palpation il persiste une douleur dans l'aîne et au niveau du grand trochanter, pas de ganglions inguinaux.

Les mouvements ne sont pas douloureux mais limités, principalement l'abduction des trois quarts environ et l'adduction presque nulle. La flexion est d'à peu près 30°.

Le genou gauche est ankylosé, mais non douloureux par suite de l'immobilisation prolongée sans doute. Les autres articulations atteintes (pieds, coudes, poignets) sont indolentes et souples, sauf une très légère limitation de la flexion du coude gauche. (Il n'a jamais été fait de radiographie du coude.)

La marche commencée il y a 8 jours est encore très gênée et raide, mais surtout à cause de l'ankylose du genou, semble-t-il. La malade va partir en convalescence.

Depuis nous n'avons pu avoir de ses nouvelles.

Observation III. — (Personnelle).

P. D..., 19 ans, ressent le dimanche 6 mai des brûlures uréthrales qu'il rattache à une contamination datant du mercredi précédent. Comme seul traitement, il ingère une spécialité pharmaceutique à base de santal.

Le dimanche suivant, 12 mai, il ressent quelques douleurs vagues dans la région inguinale : le lendemain il pratique un lavage vésical au permanganate de potasse. Les douleurs se sont momentanément calmées, mais réapparaissent par accès à l'occasion de secousses (dans l'autobus), ce qui n'empêche pas le malade d'aller et de venir.

Le samedi 19, à 5^h du soir, sans avoir souffert auparavant, le malade qui était resté assis plusieurs heures de suite, se voit dans l'impossibilité absolue de se lever, à cause d'une raideur subite de la hanche gauche, raideur rapidement douloureuse et qui le cloue au lit le soir même, souffrant atrocement, dans l'impossibilité de poser le pied à terre.

Un médecin pratique aussitôt une injection de vaccin antigonococcique.

Le lundi 21, on constate qu'il existe une arthrite aiguë coxo-fémorale évidente, s'accompagnant d'une adénopathie rétro-crurale importante. Les douleurs sont abominables, continues, ne laissant aucun répit et rendant impossible le moindre examen de la mobilité articulaire. Le faciès angoissé du malade exprime la plus vive souffrance, l'état général paraît assez atteint et la température est à 40°.

L'écoulement uréthral persiste, abondant.

On place aussitôt le membre en extension continue et parallèlement on fait des piqûres alternées de gonacrine intraveineuse et de vaccin antigonococcique.

Une hémoculture faite au sixième jour, alors que la température est encore à 39°, 8, se montre négative.

Malgré le traitement, la température continue à osciller entre 38°, 4 et 39°, 6; les douleurs sont aussi violentes qu'au début; le malade maigrit, s'affaiblit de plus en plus, devient pâle et ne peut avoir quelque repos que grâce aux piqûres de morphine.

Une première radiographie faite le 7 juin, 14 jours après le début, montre une décalcification très intense de toute la tête fémorale et de la région cotyloïdienne. Le cotyle est agrandi surtout dans sa partie inférieure; à la partie supérieure du toit du cotyle, on note la présence d'une sorte de bec osseux.

La tête présente un contour irrégulier, flou, mâchuré surtout dans sa partie supérieure. Le cintre cervico-obturateur est intact.

Le 9 juin, les douleurs sont encore telles, malgré l'extension, que l'on est forcé d'appliquer une immobilisation plus stricte à l'aide d'un grand plâtre de coxalgie



Fig. 9. — Radiographie quatorze jours après le début d'une coxite gonococcique aiguë. On note déjà outre la décalcification des lésions cartilagineuses et osseuses qui iront en s'accroissant malgré le traitement immédiatement appliqué (voir la figure 22).

en abduction légère, pied pris pour éviter les mouvements de rotation; le malade est un peu soulagé par cette immobilisation, mais continue à souffrir.

La température tend à baisser, mais persiste encore autour de 38°.

L'écoulement a diminué et le vaccin antigonococcique, continué jusqu'à cette date, est remplacé par deux séances d'autohémothérapie.

Une deuxième radiographie faite sous le plâtre le 28 juin, 5 semaines après le début de la maladie, montre qu'il n'existe pas de luxation, mais les lésions osseuses se sont accentuées, toute la partie supérieure de la tête est effritée ainsi que la partie supérieure du cotyle. L'interligne articulaire a disparu et la tête paraît enfoncée dans l'acétabulum.

La température descend à 37° vers le 27 juin, soit plus de 5 semaines après le début de l'affection; l'état général est toujours très affaibli, l'amaigrissement marqué, la pâleur extrême.

Le 30 juin on change le plâtre; le malade avait maigri et le plâtre trop grand permettait les mouvements, ce qui augmentait les douleurs. Les ganglions inguinaux ont disparu.

Ce n'est que le 17 juillet que les douleurs qui avaient été jusque-là intolérables malgré l'immobilisation, empêchant tout sommeil, cessent graduellement, ce qui permet l'ablation du plâtre le 20 juillet.

On constate alors une abduction légère de 10° environ, difficilement réductible, qui donne au membre un allongement de 2^{cm} environ; mais comme il existe, ainsi que les clichés radiographiques permettent de le constater, du fait de l'érosion de la tête et du cotyle, 1^{cm} de raccourcissement réel, les deux membres sont en réalité parallèles et de même longueur, l'allongement obtenu compensant le raccourcissement.

Le 2 août, on commence le massage et les premiers essais de mobilisation passive; l'articulation n'est pas complètement ankylosée et permet environ 10° de flexion.

Sur une troisième radio faite le 8 août, on voit une hanche en bonne position, sans luxation, en légère abduction; il y a disparition de l'interligne articulaire, sauf à sa partie supérieure, sans qu'on puisse affirmer qu'il ne s'agit pas d'une ankylose fibreuse, ce que semble indiquer la persistance de quelques mouvements.

Le bec osseux, déjà observé au niveau du toit du cotyle, s'est un peu accentué.

On note une recalcification progressive des deux os.

Pendant 3 mois, on fait parallèlement avec les massages une mobilisation passive très intense avec poids de plus en plus lourds et mouvements de flexion au moyen de la bicyclette. Les premiers jours de novembre, on tente une mobilisation forcée sous anesthésie, mais il n'est pas possible de vaincre l'ankylose et l'on a l'impression d'obtenir 15° de mouvement environ dans la coxo-fémorale.

Depuis, la marche a été autorisée, elle est aujourd'hui acceptable; ce jeune homme peut s'asseoir presque normalement grâce aux mouvements de compensation du bassin joints aux 15 degrés de flexion existants, et il peut même conduire son automobile.

b. DEUXIÈME STADE : lésion osseuses intenses auxquelles succède une dislocation grave de l'article.

Dans l'aspect général de la maladie, il n'y a eu aucune aggravation, aucune complication; l'affection suit son cours de la même manière, semble-t-il; la courbe de température est la même que dans la forme précédente, rien qui paraisse devoir faire craindre une évolution plus sérieuse; on ne peut même pas dire que la douleur soit dans la règle restée plus intense; dans notre observation précédente, au contraire, rien ne la calmait, pas même l'extension continue, il fallut recourir au plâtre et la luxation ne se produisit pas malgré cela, alors que dans un cas de M. Mondor, et dans un autre que nous rapporterons, un plâtre fait par le même médecin spécialisé, une extension bien appliquée et surveillée n'empêchèrent pas la dislocation de se produire.

C'est donc localement que le processus a continué à évoluer de façon plus grave, et ce sont seulement les radiographies qui font assister à des lésions destructrices de plus en plus étendues, qu'un beau jour, traduisent l'enfoncement cotyloïdien ou la luxation pathologique produits lentement, et que l'ascension du trochanter vérifiée cliniquement peut maintenant apprécier.

Voici de cette forme encore deux observations :

Observation IV (1). — (Personnelle).

A..., Marguerite, 21 ans, bonne à tout faire, entre à l'hôpital de la Charité le 11 septembre 1927.

Elle a été prise il y a 8 jours, subitement, de douleurs dans les deux genoux, puis dans la hanche droite, et tandis que les deux genoux se calmaient rapidement sans impotence fonctionnelle, l'arthrite coxo-fémorale devenait de plus en plus intense. Souffrant horriblement, la malade se décidait alors à se faire hospitaliser. A l'arrivée, la température oscillait entre 39°, 4, 38°, 4 et l'on avait le tableau classique d'une arthrite aiguë de la hanche droite : douleurs intolérables, gonflement considérable,

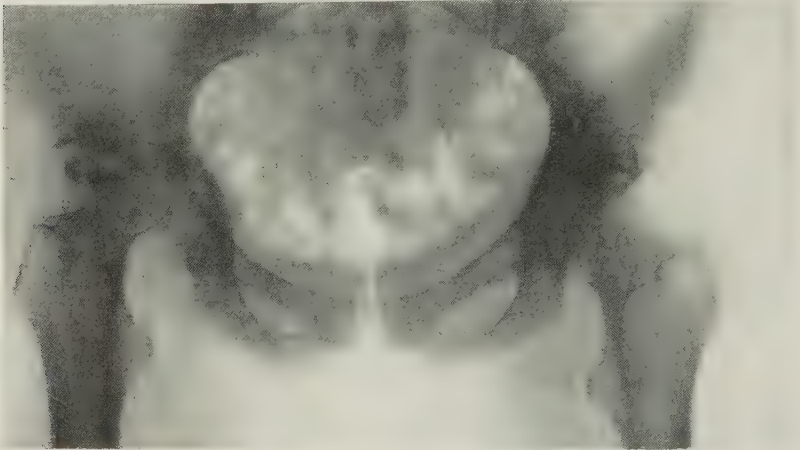


Fig. 10. — Quatre mois après le début d'une coxite aiguë gonococcique, on note une luxation importante. Le toit cotyloïdien s'est effondré, la partie supéro-externe de la tête fémorale est profondément creusée en cupule (malade de l'observation 4).

peau luisante tendue, pli de l'aîne effacé avec une douleur vive à la palpation dans cette région, impotence fonctionnelle complète, mouvements actifs et passifs impossibles, attitude du membre inférieur droit en flexion et abduction, très mauvais état général, inappétence, insomnie complète.

Du côté des autres articulations, il n'y a rien à signaler, les genoux sont parfaitement mobiles et indolores.

Les différents appareils paraissent normaux.

En interrogeant la malade, on apprend qu'elle était parfaitement bien portante jusqu'alors, qu'elle avait débarqué à Paris un mois auparavant et qu'elle avait été prise de ces arthrites en pleine santé apparente. Il n'y avait dans ses antécédents aucune histoire antérieure de rhumatisme articulaire aigu, bien réglée jusqu'alors elle avait constaté depuis 3 ans des pertes blanches assez importantes pour lesquelles elle ne se soignait pas et qui, au moment de la maladie, avaient beaucoup augmenté.

Immédiatement à son arrivée en médecine, on institua un traitement par le D^mégon et quelques jours après son arrivée un examen des urines montrait un culot hémorragique après centrifugation, à l'examen direct des globules rouges, des polynucléaires

(1) Nous devons à nos camarades Mayer et Laennec d'avoir pu suivre cette malade et nous les en remercions.

nombreux et intacts, quelques rares lymphocytes et des microbes Gram positif. Les cultures donnèrent du staphylocoque. On ne fit pas d'examen des pertes vaginales.

Nous n'avons que peu de renseignements sur son séjour en médecine. Pendant 3 mois la température se maintint aux environs de 38°, 39°, avec parfois des accès dépassant 39° et les douleurs persistèrent pendant tout ce temps.

Le traitement consista en une série de 12 piqûres quotidiennes de Dmégon qui furent suivies de 10 injections de Lipogon tous les deux jours. Le résultat n'ayant pas été satisfaisant, on mit la malade au sulfarsénol, mais à la troisième injection, la température atteignit 39°, 4, les douleurs de hanche s'exacerbèrent et l'on tenta alors à la 7^e semaine de la maladie d'instituer un traitement sérique. On injecta ainsi 280^{cm³} de sérum antigonococcique sous-cutané avec, au sixième jour, température à 40°, urticaire, etc. qui firent abandonner tout traitement. Au bout de 2 mois et demi, la température étant toujours à 38°, les douleurs non calmées, avec mauvais état général, escarres fessières importantes, on reprit les injections de Lipogon et, vers la 13^e semaine après son entrée, la température revint à la normale, et les douleurs se calmèrent,

A aucun moment pendant son séjour en médecine, on ne se préoccupa de la position du membre, et l'on ne le mit pas en extension continue, de sorte que lorsqu'on se décida le 3 janvier 1928, devant la déformation persistante et le raccourcissement, à faire une radiographie, on constata une ascension fémorale de 3^{cm} au moins par destruction intense du cotyle et de la tête. Le toit paraissait ramolli, effrité, tandis que toute la partie supéro-externe de l'extrémité fémorale se creusait en une profonde ulcération en cupule, ainsi que nous le montre le cliché que nous reproduisons ici.

La malade fut alors aussitôt passée en chirurgie. Mais on ne put que constater l'ankylose absolue de la coxo-fémorale droite et la luxation de la hanche. Tout traitement était maintenant inutile : on se contenta donc de mettre au pied un appareil plâtré pour corriger l'équinisme, et de commencer la mobilisation du membre inférieur le 18 février. Il faut noter que ces premiers mouvements furent suivis immédiatement d'une légère poussée thermique à 38°, 38°, 6 pendant environ 4 jours, puis tout rentra dans l'ordre définitivement.

Lorsque je vis la malade le 13 mars 1928 à la 28^e semaine de l'affection, elle était encore pâle et très amaigrie, le membre inférieur droit atrophié, cyanosé en extension, abduction et rotation externe. Le pied en varus équin, dans la station debout, posait à terre par l'extrémité des orteils, le genou globuleux était limité dans sa flexion la hanche totalement ankylosée, mais indolore, était raccourcie de 2^m. Dans l'aîne encore empâtée, on pouvait déceler des ganglions ainsi qu'une adénopathie rétro-crurale; grosse atrophie de la fesse droite et abaissement du pli fessier (voir *fig. 18*).

La marche avait été reprise depuis 3 semaines et la malade pouvait faire le tour de la salle en s'aidant d'une canne, mais souffrait encore de sa hanche.

Les pertes blanches traitées par des injections quotidiennes avaient presque complètement disparu, mais la malade n'avait pas vu ses règles depuis 6 mois.

Une radiographie faite le 28 mars montrait des ombres osseuses plus denses. La tête du fémur s'était remodelée, et la vaste perte de substance était à demi-réparée, mais la luxation n'était pas réduite.

La malade a pu quitter l'hôpital 15 jours après cette date et depuis a séjourné à la campagne. Le 2 novembre 1928, elle écrit qu'elle va parfaitement bien et a beaucoup engraisié, qu'elle ne souffre plus et peut mobiliser parfaitement son genou. Elle corrige son raccourcissement à l'aide d'une épaisse semelle et la claudication est peu importante.

Nous voudrions insister encore sur cette forme grave, en rapportant ici une observation démonstrative empruntée à M. Mondor :

Eugénie C..., âgée de 22 ans, entre dans le service du Dr Souligoux le 15 décembre 1926

venant de l'hôpital Cochin, où elle était soignée depuis 9 mois pour une polyarthrite gonococcique.

L'affection a débuté le 15 mars 1926. Brusquement, après le repas du soir, la malade a ressenti de vives douleurs des deux côtés du bas-ventre, au-dessus des plis inguinaux et profondément. Ces douleurs arrachent des cris à la malade pendant les quelques pas qu'elle fait pour gagner son lit, elles persistent toute la nuit, empêchant tout sommeil. Le lendemain matin, la malade tente de se lever au prix de souffrances très vives. Elle arrive, à force d'énergie, à pouvoir se tenir debout, mais il lui est impossible de marcher.

Elle fait appeler son médecin, qui prend la température : 39°,5.

Malgré une potion calmante, la malade continue à souffrir le jour et la nuit qui suivent.

Trois jours après le début des accidents apparaît une douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche avec trismus intense : la malade ne peut plus manger, elle a même des difficultés pour boire, les mots sont articulés très difficilement. Deplus, au même moment, apparaît une souffrance assez violente dans l'épaule droite.

Le 22 mars, la malade est envoyée à l'hôpital Cochin ; sa température à l'entrée est encore de 39°,5. Les douleurs, qui ont légèrement cédé au niveau de la hanche gauche, ont gardé toute leur acuité à droite. L'impotence fonctionnelle est absolue à droite, considérablement diminuée à gauche, toute mobilisation se révélant affreusement douloureuse.

Le 28 mars, la malade est le sujet d'une leçon clinique : la coxite bilatérale, jointe à l'existence de l'arthrite temporo-maxillaire, jointe à la notion de pertes verdâtres très abondantes, s'accompagnant de phénomènes de cystite et d'urétrite, ont fait porter le diagnostic de polyarthrite gonococcique.

Un traitement médical actif est mis en œuvre. Malgré lui, la température demeure très élevée, entre 39° et 40°; l'état général intensément touché.

De plus, peu de jours après son entrée dans le service, la malade présente des douleurs au niveau du genou droit. Un gonflement considérable de l'articulation se produit rapidement, mais jamais la peau n'a été modifiée dans son aspect. Tout essai de mobilisation est intolérable.

Huit jours environ après cette arthrite du genou droit, c'est le genou gauche qui est pris : les douleurs sont un peu moindres, mais le gonflement est le même qu'à droite. Une ponction est pratiquée à gauche, qui ne retire que peu de liquide; un ensemencement de ce liquide ne donne aucun résultat.

Alors que l'arthrite du genou droit persiste avec toute son acuité, au genou gauche, au bout de quelques jours, les phénomènes douloureux s'amendent, mais la mobilisation demeure très difficile.

A cette époque, la malade se plaint de souffrances très vives, généralisées aux deux bras, et telles que le simple effort de porter les aliments à la bouche lui est extrêmement pénible.

Au bout de quelques semaines, la hanche droite est toujours douloureuse, même spontanément, avec élancements surtout nocturnes; la hanche gauche est moins douloureuse. Les phénomènes douloureux spontanés ont disparu, mais réapparaissent à l'occasion et à la suite d'une mobilisation du membre. Le genou droit est également très atteint et tout mouvement est impossible, tandis que le genou gauche n'est douloureux que dans les mouvements de flexion, d'ailleurs très limités.

Les signes généraux sont toujours très marqués :

La température ne s'abaisse pas au-dessous de 38°,5 et dépasse certains jours 40°. L'amaigrissement est considérable. L'anorexie absolue. La maladie est très grave ; deux hémocultures demeurent négatives.

De plus, trois semaines après son admission à l'hôpital, la malade a présenté une

escarre fessière gauche qui est devenue rapidement très large et très profonde. A droite, une escarre fessière se produisit aussi, mais de gravité moindre.

Trois mois après le début de l'affection, deux escarres talonnières — plus marquées à gauche — apparaissent.

Les phénomènes douloureux ont persisté au niveau de la hanche droite et du genou droit.

L'état général, très atteint jusqu'au mois de juillet, s'est un peu amélioré depuis; mais la température demeure longtemps au-dessus de la normale, affectant pendant certaines périodes un type hectique et atteignant ou dépassant 40°. Une anémie notable est vérifiée le 23 septembre à 2 860 000 globules rouges.

Le traitement médical le plus actif a consisté en :

Lipo-vaccin : 15 injections de 1^{cm}³ au début;

Sérum antigono : au moins 500^{cm}³ en 15 jours environ (fin mai);

Insuline : 6 fois 30 unités (fin mai);

Iodaseptine : pendant 20 jours, 50^{cm}³ (fin juin, juillet);

Vaccin antigono de Pasteur : 18 injections (juillet-août);

Extrait pancréatique : 13 jours consécutifs en septembre;

Sulfarsénol associé à pancréatine en septembre.

Le 15 décembre, la malade est confiée à M. Mondor et entre à l'hôpital Beaujon. La température, à ce moment, est normale.

La malade a présenté par trois fois (deux fois à Cochin, une fois à Beaujon) une poussée thermique coïncidant avec des douleurs lombaires et polyurie trouble. L'examen des urines a montré l'existence d'une coli-bacillurie.

Les escarres sont presque comblées, sauf à la fesse gauche; la malade est encore très anémiée, sans force.

A l'examen :

D'emblée, on est frappé par la fonte musculaire marquée au niveau des membres inférieurs : les muscles de la cuisse sont aplatis, à droite surtout, où le quadriceps est réduit à presque rien.

Les muscles de la jambe sont également très atrophiés des deux côtés : à droite ils sont très douloureux à la pression, même légère.

Le pied, en équinisme très marqué et irréductible, est en rotation interne, mais surtout la jambe droite apparaît remontée de quatre à cinq travers de doigts. La mensuration montre un raccourcissement de 5^{cm}.

La rotule droite est presque soudée au plan osseux sous-jacent. A gauche, la rotule se mobilise facilement, presque normalement.

Cicatrice d'escarre au niveau de la tête du péroné droit.

De plus, la peau qui, au niveau des cuisses, est simplement sèche, devient, aux jambes, squameuse.

Il existe une légère kératose superficielle à la jambe, mais qui, aux pieds, devient considérable, surtout marquée à la face dorsale des orteils et à la face plantaire des pieds, où la couche kératosique est épaisse, réalisant une véritable semelle plantaire qui, par endroits, s'en va en lambeaux.

Au niveau du bassin : les deux membres étant symétriques, le grand trochanter droit apparaît remonté de quatre à cinq travers de doigts. La palpation profonde du creux inguinal droit est douloureuse. Il n'existe qu'une très légère adénopathie inguinale.

L'exploration des mouvements montre leur extrême limitation.

L'incapacité fonctionnelle est presque absolue; à gauche, la malade soulève avec peine et très légèrement la jambe; à droite, le pied reste collé au plan du lit.

Les mouvements d'abduction sont extrêmement limités, à droite surtout. La flexion de la cuisse droite sur le bassin est absolument impossible. A gauche, la limitation est un peu moindre : on obtient, au prix de douleurs vives, une légère flexion du genou (50°) et une légère flexion de la cuisse sur le bassin.

La flexion et l'extension du pied sur la jambe, des deux côtés, est impossible.

L'examen des autres appareils ne montre rien d'anormal.

Les antécédents lointains de la malade sont absolument normaux.

Mais, un mois environ avant le début de cette polyarthrite, la malade a présenté :

Un amaigrissement rapide avec atteinte marquée de l'état général;

Anorexie;

Sueurs nocturnes, petits frissons, état fébrile.

La malade insiste sur l'existence, pendant 15 jours, d'une céphalée intense.

A ce moment, elle présentait déjà quelques pertes blanches, puis sont apparus des phénomènes nets de blennorragie aiguë :

Pertes verdâtres abondantes souillant le linge.

Brûlures vives à la miction.

Phénomènes de cystite, avec miction fréquente et pyurie.

Il semble que les phénomènes généraux précédents puissent être attribués à la gonohémie commençante, qui devait se montrer si tenace et si violente dans ses manifestations articulaires.

A noter que la malade, qui avait toujours été bien réglée, n'a plus jamais vu ses règles depuis le début de la polyarthrite.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (décembre 1926, 9 mois après le début de la maladie).

Hanche gauche : surfaces articulaires décalcifiées, mais exactement affrontées, interligne sans clarté.

Hanche droite : la tête est remontée de 5^m environ de plus, elle est aplatie comme de haut en bas; sans aucune rotundité, elle est comme si la moitié supérieure avait été sciée et détachée.

La cavité cotyloïdienne semble agrandie. Le toit cotyloïdien, au-dessus de ce qui reste de la tête, est irrégulier, à la fois érodé et hérissé d'ostéophytes.

Genou droit : Le condyle interne du fémur semble doublé d'une coque de périostite, et il existe des traînées d'ossification latérale, interne qui semblent suivre le ligament latéral interne.

La malade a été revue dernièrement et nous pouvons ajouter aujourd'hui quelques lignes à cette observation.

L'état général est redevenu excellent, mais l'infirmité est considérable. A la hanche, l'ankylose est totale et définitive. On peut facilement suivre sur un cliché radiographique (voir *fig. 2*) les travées osseuses qui soudent du côté droit tête fémorale et os iliaque. Le genou droit n'a gagné que 20° environ de flexion et est rendu très douloureux par la marche. Il a fallu amputer un orteil en marteau qui gênait le port de toute chaussure. Des escarres talonnières dues à des troubles trophiques se reforment sans cesse et il faut une semelle de 4^{cm} d'épaisseur pour pallier au raccourcissement du fémur et permettre la marche.

Un nouveau traitement tenté par M. Poincloux dans le service de M. Basset (injections de vaccin gonococcique dans les glandes de Skene) améliore

provisoirement l'état douloureux du membre, mais ne peut rien contre les lésions définitives coxo-fémorales.

B. Tout à l'opposé de ces formes graves, il existe, comme un cas personnel au moins nous a permis de nous en convaincre, des FORMES D'OSTÉO-ARTHRITE BÉNIGNES dans leur aspect clinique, leur évolution et dont on ne vérifie les lésions osseuses minimales que par un bon cliché radiographique.

Observation V. — (Personnelle).

M^{lle} F..., Eugénie, 25 ans, femme de chambre.

Vers le mois de mai 1927 est prise de douleurs articulaires des deux chevilles, des deux poignets avec léger gonflement des articulations douloureuses, malaise général, qui ne l'obligent pas à s'aliter et sont assez rapidement soulagées par le pyramidon.

En août 1927 se trouvant au bord de la mer, après une longue marche sur la plage et par la pluie, et en pleine santé apparente, elle est prise brusquement de douleurs vives dans les deux hanches sans que soient notés des signes généraux graves. Obligée de garder le lit à cause de la souffrance qui est grande, et l'empêche de dormir, la hanche gauche s'améliore bientôt, mais la douleur persiste très violente à la hanche droite avec impotence fonctionnelle.

Des cachets de ? ordonnés n'amènent aucune sédation des phénomènes et lors de sa deuxième visite le médecin ayant, dit la malade, constaté un allongement apparent du membre inférieur droit, conseille de la ramener à Paris et parle de coxalgie et de traitement par appareil plâtré.

Elle est alors à son retour envoyée au docteur Mondor à l'hôpital Beaujon dans le service du docteur Souligoux.

En l'interrogeant, on ne trouve dans ses antécédents rien d'important à signaler. Pupille de l'Assistance publique, elle était bien portante dans l'enfance; se trouvant lors de la guerre dans les régions envahies, elle y a souffert de la faim, et se plaint seulement d'être très sensible à l'humidité. Très sujette aux angines, elle présente encore des « troubles circulatoires », acrocyanose des extrémités qui presque toujours sont glacées.

Au mois de mai c'est la première fois de sa vie qu'elle a ressenti de véritables douleurs articulaires.

A l'examen on est en présence d'une jeune femme dont l'état général paraît satisfaisant. La température est peu élevée à 37°, 5, 38°. On ne trouve rien d'anormal à signaler du côté des divers appareils. La malade présente des pertes blanches surtout abondantes avant et après les règles, mais qui jusqu'ici ne l'ont pas inquiétée et dans lesquelles deux examens directs successifs ne pourront pas déceler la présence de gonocoques.

A l'examen des articulations, la hanche droite seule attire l'attention. Les douleurs spontanées sont toujours vives. Il n'y a pas de tuméfaction ni de changement de coloration de la peau. Atrophie de la cuisse et de la fesse. La palpation de la tête dans la région inguinale est douloureuse, douleur au niveau du grand trochanter, douleur de l'aîne par percussion du talon. Pas de ganglions inguinaux.

Flexion, adduction et abduction de la cuisse sur le bassin sont douloureuses et limitées et l'abduction fait saillir sous la peau d'une façon inusitée la corde des adducteurs dont la palpation se révèle très douloureuse. Pas de raccourcissement réel du membre.

La marche est possible mais pénible, et se fait avec une claudication marquée. Au repos, la malade se hanche sur la jambe gauche.

La radiographie faite le jour même (10 août 1927) montre une légère décalcification de l'extrémité supérieure du fémur droit, un interligne articulaire parfaitement clair et intact. Pas de rupture du cintre cervico-obturateur. Sur la tête fémorale, au-dessous de la fossette du ligament rond, une petite ulcération en coup d'ongle et, en regard, au niveau de la cavité acétabulaire, une légère irrégularité..

La malade, hospitalisée, est mise au repos au lit pendant un mois avec un traitement de 12 piqûres de Gonagone (une injection tous les deux jours) et injections vaginales.

Les premières piqûres donnent une réaction thermique et parallèlement une réaction focale nette. Au bout de 3 semaines, les douleurs spontanées et provoquées ont disparu, la marche s'accompagne toujours de boiterie, mais n'est presque plus douloureuse; la palpation de la tête est indolore, et l'abduction seule demeure toujours limitée et douloureuse.

Une deuxième radiographie faite le 5 octobre montre des extrémités osseuses recalcifiées sans pincement articulaire, sans luxation, mais l'encoche de la tête persiste et s'est plutôt agrandie.

La malade peut quitter l'hôpital le 15 octobre et reprend peu à peu quelques occupations.

Revue en novembre 1927, elle se dit très améliorée, boîte toujours en marchant, mais a pu recommencer à travailler. Les mouvements réveillent encore un peu de douleur.

Le 20 janvier 1928, cinq mois après le début de l'affection, la malade travaille sans aucune fatigue, peut rester debout, faire de longues courses. Elle garde toujours cependant une légère boiterie. L'atrophie de la cuisse a complètement disparu. Flexion, extension et adduction sont complètes, mais il persiste de la limitation dans l'abduction sans d'ailleurs aucune douleur provoquée.

Nous voudrions, pour clore ce chapitre, parler d'un cas qui pose peut-être le problème des formes pures d'ostéite gonococcique.

Observation VI. — (Personnelle).

M. M..., 35 ans.

Est pris brusquement en 1918, une nuit, de douleur dans le genou droit qui enfle progressivement. Il y a une légère élévation de la température, de l'insomnie causée par la souffrance et les pointes de feu faites sur la région malade n'amènent aucune amélioration.

En même temps, le malade se plaint d'une très vive talalgie à droite. Un traitement de piqûres (?) suivi pendant 1 mois, calme un peu les douleurs du genou, mais 15 jours après la cessation des injections les phénomènes reprennent de la même manière. Le malade affirme avoir souffert au moins deux ans de son genou et ne l'avoir vu désenfler un peu qu'au bout de ce temps. Les mouvements, presque impossibles jusque-là, avaient un peu réapparu mais les douleurs n'ont pour ainsi dire jamais complètement cessé. Quant au talon droit, le malade a toujours continué à s'en plaindre, et comme son métier exige de fréquentes et longues stations debout, il en souffre parfois de façon cruelle.

Il n'y eut pas d'autre incident articulaire jusqu'en décembre 1926. De nouveau brusquement le malade fut pris à cette époque de douleurs violentes dans la hanche droite avec impossibilité de marcher, limitation marquée des mouvements, peu d'atteinte de l'état général, mais petite élévation de la température.

Les symptômes locaux sont à cette date peu intenses; on trouve de la douleur à la palpation de la tête, dans le creux inguinal, de l'atrophie musculaire et des mouvements de flexion, d'adduction et d'abduction assez limités.

Une radiographie de la hanche faite le 28 décembre montre une articulation intacte, mais une grosse décalcification de la partie supérieure du fémur et surtout en plein col fémoral une géode à contours très nets des dimensions d'une pièce de 1^{re} qu'on retrouve encore parfaitement sur le cliché fait en flexion et abduction forcée. De plus, l'ischion est hérissé de grosses exostoses.

Comme le malade se plaint toujours très vivement de ses talons, que la palpa-



Fig. 11. — Arthrite aiguë de la hanche droite. Géode en plein col fémoral.
Exostoses ischiatiques (*voir* figure suivante, et n° 23).

tion postérieure et plantaire en est très douloureuse, on se décide à les faire radiographier et l'on est quelque peu surpris de trouver une calcanéite bilatérale et intense comme le montrent les clichés que nous reproduisons.

Le malade se défend vivement, et il paraît sincère, d'avoir eu à sa connaissance la moindre blennorrhagie; actuellement il ne présente aucun écoulement, mais, au toucher rectal, vésicules séminales et prostate sont un peu augmentées de volume et les urines contiennent des filaments dans lesquels on ne peut mettre en évidence aucun microbe ressemblant au gonocoque.

Le genou droit, anciennement atteint, est plus gros que l'autre et les mouvements de flexion y sont un peu limités.

L'examen général du malade ne peut donner aucune explication étiologique de ces ostéites fémorale et calcanéenne; une réaction de Wassermann reste négative; la femme de cet homme n'a pas eu d'enfant, n'a pas fait de fausse couche, et présente seulement des pertes blanches abondantes.

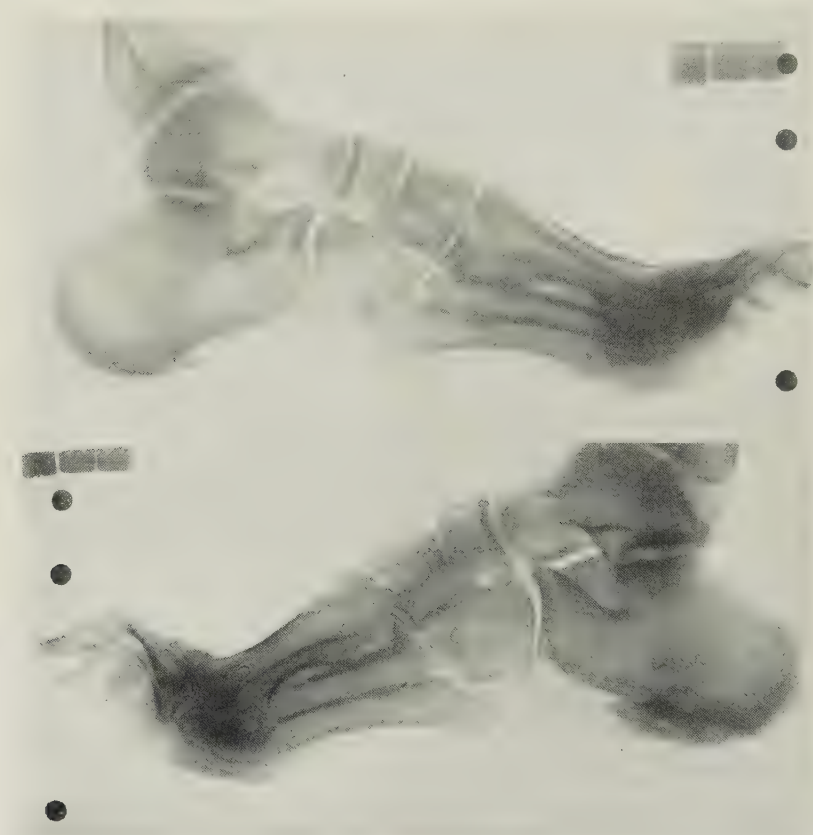


Fig. 12. — Calcanéite bilatérale intense avec grosses exostoses sous-calcanéennes chez le malade de la figure 11.

Soigné pendant 6 mois à l'hôpital, il a été surtout soumis au repos avec une série d'injections de vaccin antigonococcique. Au bout de ce temps, se sentant mieux, il a pu remarcher et reprendre son service fatigant.

Nous l'avons revu en avril 1928, 16 mois après le début des accidents de la hanche: il se plaint d'avoir souvent une articulation coxo-fémorale droite douloureuse, mais surtout de souffrir énormément de ses talons. Flexion et adduction de la cuisse sont toujours limitées.

La pression au niveau de l'ischion droit est pénible.

Une nouvelle radiographie montre toujours la même géode fémorale sans plus de destruction osseuse. Les épines ischiatiques sont encore plus développées.

Les calcanéums n'ont pas été radiographiés à nouveau.

On commence un traitement par le Gonagone et parallèlement des injections de lait, mais, empêché par son service, le malade a fini par interrompre les soins qu'on lui donnait.

On ne connaît que le gonocoque pour produire ces calcanéites proliférantes, et l'on est, semble-t-il, en droit de se demander si l'ostéite fémorale n'est pas de même origine chez cet homme malgré l'absence de toute uréthrite.

FORMES SEPTICÉMIQUES ET ENSEMEÑÇANTES.

On sait, de façon certaine à l'heure actuelle, que la gonococcie est une gonohémie, et que ce qui cliniquement caractérise le mieux cette septicémie c'est l'apparition de complications articulaires.

La localisation à la hanche peut donc être la seule traduction de cette gonohémie à laquelle de temps à autre une hémoculture heureusement positive va donner sa signature. Nous en avons des exemples : ainsi le malade de Chadwick ou celui de Prochaska, chez qui, malgré une température normale et une arthrite de la hanche datant de 2 mois, douloureuse mais sans grands signes objectifs, l'examen sanguin ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection.

Mais voici qui est plus rempli d'enseignements.

« A côté d'une septicémie qui précède l'arthrite », nous dit M. Mondor, il y a une septicémie qui complique l'arthrite. »

Or, cette arthrite, banale semblait-il, va « pouvoir être parfois le foyer d'une réinfection prolongée (gonohémie prolongée) ou le foyer d'aggravation septicémique d'une infection gonococcique jusque-là bénigne (gonohémie pyohémique). » (M. Mondor.)

On peut donc décrire des formes ensemençantes de coxites blennorragiques qui, par leur caractère grave, méritent d'attirer l'attention, étant donné que l'arthrite méconnue, mal traitée, peut soit être cause de la prolongation de la maladie, ou de nouvelles arthrites, soit se compliquer d'accidents septico-pyohémiques, ou de lésions endocardiques entraînant presque fatalement la mort.

Cette arthrite coxo-fémorale du malade dont Hewes nous raconte l'histoire curieuse fut la cause incontestable d'une septicémie indéfinie, puisque par six fois l'hémoculture fut trouvée positive, et cela pendant une période d'un mois entier. Nous avons peu de cas qui puissent paraître aussi probants d'une infection prolongée. Généralement, étant donnée la difficulté d'obtenir des hémocultures pour le gonocoque, ce qui cliniquement traduit pour nous cet ensemençement microbien de l'organisme, c'est l'apparition succes-

sive dans le temps, de nouvelles arthrites chez un malade porteur d'une localisation connue et prépondérante.

Ainsi, un homme de 37 ans entre à l'hôpital pour une polyarthrite blennorragique qui évolue rapidement vers une mono-arthrite de la hanche à forme hydarthrosique. C'est elle que l'on soigne particulièrement pendant 1 mois et tous les phénomènes se sont amendés quand le malade fait une nouvelle localisation au genou qui va maintenant évoluer pour son propre compte avec un épanchement comme à la hanche.

Schwab vient, il n'y a pas longtemps, de publier à Londres une observation très démonstrative :

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans admise avec une histoire de pertes blanches datant de 3 à 4 mois et une arthrite de la hanche qui a évolué assez lentement pendant 2 mois, a été traitée, mais a finalement abouti à une luxation coxo-fémorale que l'on reconnaît à l'entrée au Guy's Hospital.

On traite immédiatement les pertes blanches, on redonne au membre la meilleure position possible et l'on plâtre la hanche.

Au bout de plusieurs jours, la malade, qui n'a qu'un état général assez médiocre avec encore de la température, se plaint de douleurs dans le genou du côté opposé qu'on trouve alors « très augmenté de volume avec une grosse limitation des mouvements. L'examen radiographique montre une raréfaction irrégulière des extrémités articulaires suggérant une arthrite infectieuse, sans érosion des surfaces articulaires ni apparemment du cartilage. » Une semaine se passe, la malade fait une pyélonéphrite, peut-être fut-elle à gonocoques, bien que les examens n'aient pas pu le prouver. Puis finalement tout rentra dans l'ordre avec séquelles d'ankylose aux deux articulations atteintes.

Mais les accidents peuvent être infiniment plus graves. Ce n'est plus à l'éclosion d'une ou deux nouvelles localisations articulaires que l'on assiste, mais à une suite d'arthrites purulentes, sorte d'essaimage microbien de tout l'organisme se résolvant bientôt en une véritable septico-pyohémie.

C'est ce que Richet vit se produire chez le malade qu'il soignait pour une « coxalgie rhumato-blennorragique ».

D'abord il se produisit une « tuméfaction de la partie externe de la clavicule » qu'il fut nécessaire d'inciser et d'où s'écoula un pus typique « d'abcès blennorragique » ; un peu plus tard, même phénomène au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, puis c'est au tour de l'arthrite coxo-fémorale à suppurer. « Ce garçon est sous l'influence d'un état purulent généralisé » ; il se développe finalement un épanchement de pus dans la plèvre, et la mort ne tarde pas à s'ensuivre.

Ces cas ne sont pas rares, ce sont ceux qui, dans les protocoles d'autopsie, montrent des suppurations au niveau de toutes les articulations. Rotky nous signale ainsi un cas de septicémie gonococcique chez une femme de 40 ans avec néphrite hémorragique, épanchement purulent des deux

genoux, de la hanche gauche, du coude droit, d'un index droit, une périarthrite suppurée du gros orteil gauche, un épanchement de la plèvre, du péritoine et du péricarde et à peu près partout il existe des gonocoques.

Chez l'enfant, ces cas sont peut-être encore plus fréquents, surtout chez le nourrisson, et c'est par septico-pyohémie que succomba le petit malade de Griffon dont la première métastase articulaire fut la hanche droite.

L'ensemencement se fait parfois non plus au niveau d'autres articulations, mais cette fois-ci au niveau du cœur, et c'est alors une endocardite qui vient compliquer la coxite.

C'est une complication grave, mais non pas toujours mortelle comme on l'avait prétendu, puisque Unger nous en cite un cas avec hémoculture nettement positive où les lésions cardiaques survenues au 39^e jour de l'arthrite coxo-fémorale laissèrent le malade en vie.

Au contraire, le cas d'Ullmann se termina par la mort par endocardite ulcéreuse; la petite malade de Peter, enceinte de 4 mois et atteinte d'arthrites coxo-fémorale et scapulo-humérale, fait une fausse couche et meurt au 13^e jour après avoir présenté une éruption généralisée, papuleuse, vésiculeuse et des signes de péricardite et d'endocardite.

Voici enfin l'histoire du malade de Benson :

Homme de 19 ans, arrivé en plein écoulement gonococcique contracté 7 jours auparavant. L'examen local et général ne révélait rien d'extraordinaire dans la marche de la maladie. Le malade allait mieux depuis quelques jours quand il se plaignit de sa hanche droite devenue douloureuse. A partir de ce moment, la maladie va brûler les étapes et 10 jours après on voit s'installer à la suite d'un grand frisson avec forte ascension de la température, de la dyspnée, avec douleur précordiale, souffle systolique de la pointe, arythmie et la mort survient en toxémie 48 heures après. A l'autopsie, « le sang de la cavité cardiaque fourmillait de colonies de gonocoques purs ».

Il reste encore un mot à dire des associations septicémiques dont nous connaissons deux cas que nous voudrions rapprocher. Il s'agit d'une ancienne observation de Boinet de 1899 et d'une observation qui nous est personnelle.

Voici l'observation de Boinet résumée :

Marie Jacoul..., 17 ans, coiffeuse. Entrée le 1^{er} mai 1898. Atteinte depuis 15 jours de blennorragie intense avec métrite. L'articulation coxo-fémorale est prise la première; elle est le siège de douleurs extrêmement vives, s'irradiant dans la région du grand trochanter qui est rouge, chaude, empâtée. Le rhumatisme se propage au genou et au cou-de-pied; cette localisation ne persiste que 2 semaines. L'arthrite coxo-fémorale augmente d'intensité et pendant 25 jours la malade éprouve des douleurs extrêmement vives, insupportables. Cœur, poumons sains. A partir du 15 juin, écoulement vaginal blennorragique toujours très abondant, urines rares, chargées de pus, diarrhée fétide.

État général très mauvais, escarre...

5 juillet : subdélire. La hanche droite est toujours tuméfiée, douloureuse à la pression. L'atrophie des muscles du membre inférieur augmente; la paraplégie est complète, la marche impossible, les pieds tombants, la malade ne peut se tenir debout. Troubles de la sensibilité peu marqués

L'articulation du genou droit est gonflée.

2 août : écoulement vaginal abondant, urines purulentes, diarrhée profuse et fréquente. État général mauvais, amaigrissement très accusé, le gonflement de l'articulation du genou droit ne s'est pas modifié. La hanche droite, plus volumineuse qu'à l'état normal, paraît être ankylosée. Les masses musculaires des deux membres inférieurs sont extrêmement atrophiées.

Malade hébétée, délire.

Hémoculture faite avec soin; pyocyaniques mélangés à du colibacille.

Plusieurs semaines plus tard, le pyocyanique disparaissait et le colibacille persistait à peu près seul.

Délire, les phénomènes infectieux s'accroissent et la malade meurt le 6 août à 7^h du matin dans un état comateux.

Autopsie. — A l'ouverture de la hanche droite, on voit s'écouler *en abondance* du pus sanguinolent; la tête du fémur est usée, rongée, effritée, privée de son cartilage, rugueuse, en partie abrasée, le tissu osseux est ramolli par places. La cavité cotyloïde est rouge, baignée de pus; le cartilage a disparu.

Genou droit, arthrite sèche, plastique; elle ne renferme pas de pus.

Rien de spécial aux poumons et au foie.

Reins hyperémiés, parsemés de points jaunes graisseux.

Rate augmentée de volume. Pulpe splénique en culture; cultures de colibacille.

Examen histologique. — La tête du fémur est le siège d'une ostéite avec usure, raréfaction des travées osseuses. Le cartilage articulaire a disparu. Les autres parties de l'articulation coxo-fémorale présentent les lésions habituelles des arthrites suppurées.

Nerfs rachidiens : à l'extrémité inférieure de la queue de cheval, par places points de dégénérescence granulo-graisseuse avec aspect moniliforme.

Méninges de la moelle inférieure épaissies, exsudats dans leur profondeur et sur leur surface.

Vaisseaux dilatés au niveau des cornes antérieures.

Sur un point, quelques cellules embryonnaires autour d'un vaisseau.

Quelques rares cocci irrégulièrement disséminés sur les coupes des méninges et de la moelle.

Ces manifestations spinales survenues à la suite d'une blennorragie dépendent plutôt d'infections secondaires variées, que de l'action directe du gonocoque.

Le pyocyanique du sang avait été puisé à la surface de l'escarre sacrée, le colibacille dans l'infection des voies urinaires. Il a dû également jouer un rôle assez *considérable* dans la *pathogénie* de la *paraplégie avec atrophie*.

Voici un autre cas où la même pathogénie semble pouvoir être invoquée.

Observation VII. — (Personnelle).

M^{me} Y..., 29 ans, blanchisseuse à Arcueil-Cachan, entre dans le service du professeur Vidal à Cochin, le 30 mai 1928, pour une arthrite aiguë de la hanche droite. Comme l'observation de la malade n'a pas été prise à son arrivée en médecine, que 3 jours après elle était passée en chirurgie, que dès le cinquième jour elle faisait une température à 40° et 41°, et, subdélirante, répondait mal aux questions, et que 8 jours après son entrée elle mourait avec des phénomènes septicémiques intenses, l'histoire de la maladie n'a pu être précisée avec grand soin et a été recueillie d'après les données orales fournies par M. May qui la suivit dans le service de M. Vidal et put l'interroger au début, et d'après quelques renseignements puisés auprès de sa famille au moment de sa mort.

Le début de l'affection remontait à 10 semaines environ (milieu de mars) et avait été très brutal : un jour brusquement au cours de son travail, cette femme avait été prise de douleur dans le genou droit bientôt suivie d'une polyarthrite aiguë douloureuse et fébrile avec très mauvais état général.

Il s'était agi d'une forme à bascule prenant d'abord toutes les articulations du membre inférieur droit, puis ensuite, après disparition de ces arthrites, le membre inférieur gauche en entier avec une autre localisation aiguë et tenace à la main droite dont il lui était resté un annulaire entièrement ankylosé.

Finalement, l'affection s'était résolue en une arthrite unique de la hanche droite à caractère particulièrement douloureux. La température avait persisté élevée pendant au moins 6 semaines, puis il semble que la malade ait été apyrétique pendant les dix jours qui précédèrent son transport à l'hôpital.

On ne put faire préciser le traitement qui fut appliqué chez elle; ce qu'on sait, c'est qu'il n'y eut ni immobilisation de la hanche, ni extension continue.

A son entrée, le 30 avril 1928, la malade était pâle, amaigrie, avec une température à 37°, se plaignait de sa hanche qui la faisait encore beaucoup souffrir et le membre inférieur droit se présentait en légère flexion de la cuisse sur le bassin, abduction et surtout rotation externe très accentuée. Il y avait au niveau du sacrum une très large escarre purulente et gangréneuse.

M. May, qui la vit le 1^{er} mai, fit porter toute la discussion sur les deux diagnostics de coxalgie aiguë ou de coxite gonococcique.

Un examen vulvo-vaginal fut impossible immédiatement à cause de la douleur et remis à plus tard : la malade disait n'avoir pas de pertes blanches importantes, sauf au moment des règles.

On constata de l'albumine dans ses urines, sans en préciser cliniquement la nature; d'autre part, l'examen somatique resta absolument négatif.

Subitement, 2 jours après son entrée, la température s'éleva à 38°,6 sans cause appréciable; on décida alors de la passer en chirurgie pour soigner son escarre et la plâtrer peut-être. Elle entra dans le service de M. Leveuf le 4 mai 1928.

Lorsque je la vis le 7 mai, le tableau était alarmant : la veille la température avait atteint 41° et se maintenait aux alentours de 40°; on avait affaire à une femme profondément intoxiquée, délirante et impossible à interroger.

Le membre inférieur droit était en extension presque absolue mais complètement éversé sur le plan du lit. la racine du membre, grosse, tuméfiée, sans modification des téguments. On constatait à la vue les battements très superficiels, des vaisseaux fémoraux soulevés par la tête fémorale que l'on avait immédiatement sous les doigts dans le creux inguinal et qui se révélait très douloureuse à la palpation. De plus, douleurs au niveau du grand trochanter. Quelques ganglions inguinaux sans caractères, de ce seul côté, et pas de ganglions rétro-cruraux.

Mouvements douloureux et très limités.

Rien du côté des autres articulations, sauf cette ankylose totale phalango-phalangienne de l'annulaire droit déjà signalée.

M. May, qui fit devant nous un examen général, ne constata ni signes d'endocardite ni signes de granulie pulmonaire; il existait seulement des phénomènes méningés (délire, raideur de la nuque, Kernig).

Se trouvait-on en face d'un réveil brutal de l'affection primitive qui avait causé l'arthrite de la hanche ou d'une septicémie microbienne X ayant son point de départ au niveau de l'escarre sacrée ?

M. Leveuf tenta alors une ponction exploratrice de la coxo-fémorale directement au-dessous de l'arcade crurale et put très facilement retirer à la seringue près de 10 cm³ d'un liquide trouble et hémorragique.

L'examen sur lame fait extemporanément devait montrer quelques polynucléaires

non altérés et l'absence complète de microbes. A noter que la culture de ce liquide articulaire resta stérile au bout de 2 jours, puis fut jetée.

Une hémoculture pratiquée le soir même fut négative après 48 heures.

On tenta une injection de sérum antigangréneux, mais la malade mourait le lendemain soir dans un état septicémique intense avec une température à 41°, 6.

Ses belles-sœurs, interrogées la veille de sa mort, confirmaient qu'il y avait eu maladie aiguë fébrile et coxite à forme aiguë affreusement douloureuse; que cette femme avait été prise en parfait état de santé apparente, qu'elle n'avait jamais été malade jusqu'à présent, mais qu'elle était de mœurs légères et avait des habitudes éthyliques.

Elle vivait séparée de son mari et avait deux enfants.

L'autopsie, faite 48 heures après la mort, est rapportée au chapitre de l'anatomie pathologique; redisons seulement que les examens histologiques ne purent révéler la nature étiologique exacte de l'affection, mais montrèrent en tout cas que l'on ne se trouvait pas en face d'une arthrite aiguë tuberculeuse (voir *fig. 1* et 6).

Ici, comme dans le cas de Boinet, la mort fut vraisemblablement le fait d'une septicémie ayant son point de départ au niveau de l'escarre sacrée et surajoutée à l'infection gonococcique. Malheureusement, le temps très court que la malade passa à l'hôpital ne permit pas des examens suffisants. L'autopsie, faite dans de mauvaises conditions, ne facilita pas non plus les recherches intéressantes. Toutefois, l'allure clinique de cette coxite, jointe à l'absence de tout microbe dans le liquide articulaire et surtout de lésions tuberculeuses histologiques au niveau de la coxo-fémorale, permettent d'éliminer la coxalgie aiguë et en second lieu les arthrites infectieuses, streptococcique, pneumococcique, que rien d'ailleurs dans l'histoire de la malade ne permettait de soupçonner.

FORMES ASSOCIÉES ET SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE.

Nous ne voudrions pas laisser les formes cliniques sans dire un mot des coxites bilatérales et des associations rachidiennes.

Il est possible de voir les deux articulations coxo-fémorales réagir successivement ou simultanément au processus aigu blennorrhagique (Ross, Fuller), et l'on conçoit la sévérité du pronostic dans ces cas-là. Fort heureusement, comme nous l'avons déjà signalé, les deux hanches ne sont généralement pas atteintes au même degré et l'on voit évoluer d'un côté une forme sévère, pendant que de l'autre l'affection peut guérir sans dommages et avec une récupération fonctionnelle parfaite. C'est ce que nous avons pu constater chez une malade dont M. Mondor a rapporté l'observation, qui fit une luxation grave de sa hanche droite et une arthrite bénigne à gauche, qui guérit sans la moindre séquelle (*voir* p. 61).

Il existe toutefois des formes bilatérales graves comme nous en rapporterons un cas de Paci en parlant des formes de la puerpéralité, et Cooper-

mann signale qu'un des nourrissons qu'il eut à suivre fit une coxite double compliquée de chaque côté d'une luxation de la hanche. Étant donnée la difficulté de traitement de ces déplacements, on peut se demander ce que sera l'avenir de ce jeune enfant.

On a parlé enfin de protrusions cotyloïdiennes bilatérales, comme nous le verrons plus loin, entraînant alors des déformations considérables du bassin, graves chez la femme lorsqu'il faut envisager un accouchement.

On voit encore la coxite s'associer à des arthrites rachidiennes de même nature. Elles peuvent être aiguës comme les arthrites coxo-fémorales, évoluer comme elles; comme elles être influencées par le traitement et disparaître ou reparaître en même temps (cas de Marotta).

J'observe en ville, disait Raymond en 1899 à la Société médicale des Hôpitaux, un jeune homme de 26 ans qui a contracté des douleurs vives dans la colonne vertébrale à la suite d'une blennorrhagie, et il présente une sorte de soudure de celle-ci comme chez les malades de M. Marie. En outre, les articulations coxo-fémorales sont prises, et l'on ne constate rien à l'extrémité des membres.

Ce malade a été amélioré dans une certaine limite par le massage, l'électrisation, les pointes de feu et deux saisons à Aix-les-Bains séparées par un intervalle de 15 jours.

Mais il vient de nouveau de se livrer à quelque excès et à la suite d'un voyage vient d'être repris de ses coxo-fémorales. Il a eu de plus il y a une quinzaine de jours une nouvelle poussée du côté d'une des articulations sacro-iliaques.

Mais les arthrites vertébrales peuvent très bien ne pas être contemporaines de l'atteinte coxo-fémorale.

L'arthrite de la hanche méconnue, mal soignée, en tout cas traînante, a-t-elle joué ici un rôle de foyer réensemencant? Toujours est-il qu'on voit apparaître les localisations rachidiennes souvent des mois après la coxite, s'installer graduellement, progresser par étapes douloureuses pour aboutir après des années à une ankylose vertébrale totale.

M. Pierre Marie décrivait en 1898 une affection qu'il nommait *spondylose rhizomélisque* caractérisée par une *ankylose de la colonne vertébrale et des articulations de la racine des membres*, et M. Léri pouvait à la suite de ce travail (en 1899 puis en 1926) entreprendre une étude d'ensemble de la maladie en réunissant les 32 ou 33 cas trouvés dans la littérature, auxquels il joignait deux autopsies faites personnellement.

« La spondylose est primitivement une ostéopathie infectieuse ou toxico-infectieuse à tendance surtout raréfiante; secondairement, une ossification ligamenteuse à tendance compensatrice, frénatrice ou curatrice. »

C'est ainsi que M. Léri définit aujourd'hui cette affection si particulière et il conclut que c'est « la conséquence d'une maladie générale, de *nature infectieuse*, le plus souvent imputable à la blennorrhagie ».

On retrouve en effet dans la littérature un certain nombre d'observations où la spondylose est vraisemblablement d'origine gonococcique. C'est le cas des malades de MM. Marie et Léri, de celui de do Amaral qui avait con-

servé pendant très longtemps une goutte militaire, de celui de Baumler, garçon de 25 ans, qui à 17 ans avait eu une maladie ayant abouti à une ankylose en extension des deux hanches le forçant à travailler assis sur un haut tabouret et qui peu à peu avait enraidí tout son rachis à l'exception de la colonne cervicale.

Déjà, en 1866, Brodhurst avait cité le cas d'un sujet atteint de blennorragie, présentant, en dehors d'une ankylose des deux coxo-fémorales, de nombreuses autres localisations ostéo-articulaires dont la colonne vertébrale.

Le malade de Brauer est un garçon de 26 ans qui, 7 ans auparavant, a été atteint de gonorrhée. Un mois après, alors que l'écoulement n'est pas guéri, il fait une polyarthrite des deux hanches, des deux genoux, des deux pieds et de l'épaule gauche, en même temps qu'une localisation cardiaque. Trois ans après, rechute avec nouvelle poussée aux hanches et à un genou; le rachis est encore respecté, mais au bout de 2 ans il se réveille un jour avec une douleur vive dans la région sacrée irradiée aux membres inférieurs qui rend tout mouvement impossible.

Pris en février, tout le printemps et tout l'été, il continue à souffrir. A la marche le dos est raide, ceci surtout visible quand le malade se baisse, s'assied. A la pression, les arcs costaux, la masse lombaire, la région ilio-sacrée sont très douloureux, le rachis lui-même n'est pas douloureux. Les muscles longs du dos sont atrophiés, la flexion de la tête en avant est impossible à cause de la douleur.

La radio montre que les espaces clairs intervertébraux sont opaques dans la région cervicale et thoracique. Du côté des grosses articulations il y a ankylose complète.

En 1922, Bremsohn rapportait le cas d'un malade de 58 ans dont le rachis était enraidí avec disparition des courbures normales, les deux hanches ankylosées et douloureuses, ainsi que les deux épaules. L'étiologie est ici, concluait Bremsohn, absolument conforme aux données de Pierre Marie, car cet homme a eu trois gonococcies depuis 16 ans, dont l'une avec arthrite du genou sans ankylose, mais atrophie considérable de la jambe. A la troisième attaque, il y a eu polyarthrite des petites articulations des doigts et des pieds, douleurs de la région lombo-sacro-coccygienne et de la hanche qui depuis ont persisté. Depuis lors il n'y a presque jamais eu de période sans douleurs, et l'apparition de l'ankylose rachidienne s'est faite progressivement. La radiographie montre l'ossification des ligaments intervertébraux. Et alors que dans toute lésion tuberculeuse ou syphilitique chronique déformante on note des modifications des contours, il n'y a ici ni hyperostoses ni ulcération.

Nous voudrions, pour terminer, rappeler une observation fort intéres-

sante de Nélaton (1902); c'est un cas de spondylose rhizomélique typique dont le diagnostic étiologique ne fut pas précisé.

M. B. P..., 29 ans, comptable, entre à l'hôpital Saint-Louis le 28 octobre 1901.

Parents rhumatisants. Le malade n'a jamais eu de blennorragie, il n'est ni syphilitique ni alcoolique.

La maladie actuelle débuta à l'âge de 16 ans.

A cette époque, le malade fut pris de douleurs dans les hanches et les genoux qui l'obligèrent à garder le lit pendant une quinzaine de jours.

La crise douloureuse dura un mois en tout et laissa à sa suite une certaine raideur dans les deux genoux.

A l'âge de 19 ans, les deux genoux furent distendus par une hydarthrose peu douloureuse, mais rebelle, qui persista pendant deux années malgré un traitement énergique.

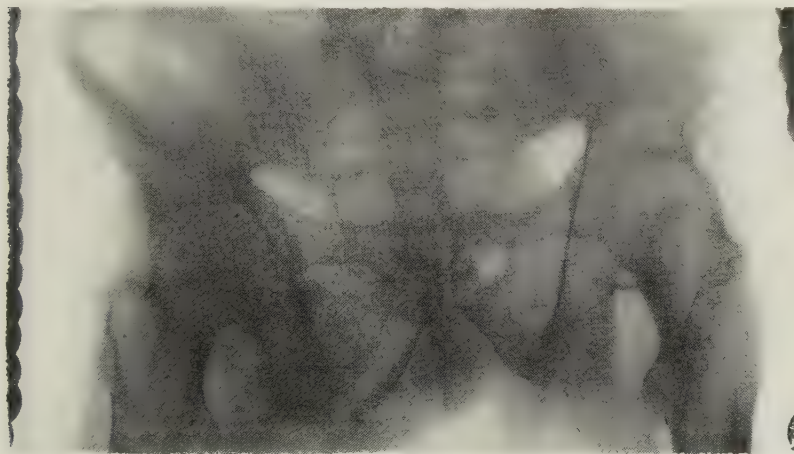


Fig. 13. — Spondylose rhizomélique d'origine gonococcique. Ankylose osseuse complète des deux coxos fémorales. A droite on devine encore par place l'interligne articulaire.

A 20 ans, le malade s'installe à Périgueux dans une maison humide, à quelques mètres d'une rivière. Un an plus tard, en octobre 1893, il fut pris de douleurs articulaires beaucoup plus vives que la première fois et qui se terminèrent par l'ankylose des hanches et de la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Les douleurs débutèrent peu intenses dans les hanches, puis devinrent de plus en plus aiguës et obligèrent le malade à prendre le lit environ 3 semaines après le début de la nouvelle crise.

Les douleurs s'étendirent aux genoux, à l'épaule et au cou-de-pied droit.

Toutes ces manifestations douloureuses disparurent au bout d'une quinzaine de jours. Les douleurs des hanches seules persistèrent extrêmement vives, continues empêchant le sommeil, exagérées par le moindre mouvement, calmées seulement par la demi-flexion des cuisses, les genoux reposant sur des coussins.

Cet état douloureux dura 13 mois sans permettre au malheureux de quitter le lit.

Quand il put se lever, il constata que ses hanches et la partie inférieure de sa colonne vertébrale étaient incapables du moindre mouvement. Il ne pouvait s'asseoir et se mettre au lit qu'avec une extrême difficulté. Il ne pouvait marcher que peu de temps et avec peine même avec l'aide d'une canne.

Depuis 7 ans, cet état est resté absolument stationnaire.

Le malade, très intelligent, est un gros et solide garçon d'aspect robuste.

Lorsqu'on l'examine couché, on est de suite frappé de l'attitude particulière des membres inférieurs. Les cuisses fléchies sur le bassin forment avec le plan du lit un angle de 40° environ; elles sont en légère abduction; les genoux sont écartés de 20^{cm}. Les jambes sont fléchies sur les cuisses; les talons seuls reposent sur le plan du lit.

Les hanches sont complètement ankylosées, aucun mouvement ne peut être provoqué. Du côté des genoux les mouvements existent, mais sont limités...; gros craquements.

Mouvements du cou-de-pied et du pied normaux.

Muscles atrophiés, surtout à gauche.

Les mouvements d'extension et de flexion de la colonne dorso-lombaire sont abolis, ceux de rotation et d'inclinaison latérales très limités.

Rien du côté des articulations des membres supérieurs...; gros craquements dans les articulations cervicales, sterno-claviculaires, scapulo-humérales et temporo-maxillaires.

Debout, au bout de peu de temps, le tronc bascule en avant. Il peut marcher sans canne, mais avec une extrême difficulté il fait de tout petits pas.

Rien à signaler aux divers appareils.

Urines: petite quantité d'albumine.

M. Nélaton pose le diagnostic de spondylose rhizomélisque confirmé par M. P. Marie.

Opéré le 12 octobre 1901 pour rendre la mobilité aux articulations coxo-fémorales.

Neuf mois après l'opération, la hanche opérée reste mobile, mais il y a eu escarre au niveau de la tête du péroné provoquée par l'appareil à extension d'Hennequin mal posé avec paralysie du nerf sciatique poplité externe, d'où troubles de la marche.

Nous avons assisté, il y a peu de temps, à l'évolution d'une spondylose rhizomélisque dont l'observation sera rapportée un jour et dont le grand intérêt réside dans le fait qu'une arthrotomie pratiquée au niveau du genou pour une poussée d'arthrite récente permit de découvrir le gonocoque dans la synoviale et par conséquent de rattacher à une très ancienne blennorragie toutes les manifestations articulaires rachidiennes et coxales. Une section de l'articulation coxo-fémorale prélevée à l'autopsie montrait la soudure complète des deux os et la disparition pour ainsi dire totale du cartilage articulaire (voir fig. 13).

FORMES PUERPÉRALES.

Je voudrais, en commençant ce chapitre, reproduire deux fort belles observations de coxites gonococciques puerpérales.

L'une est un cas ancien rapporté par Paci en 1901 sans que la notion étiologique ait été alors précisée.

L'autre est une observation récente de MM. Langeron et Delcour de Lille.

Observation de Paci. — Maria Lagrérurie di Gian Pietri di Aulla, âgée de 32 ans, née de parents sains, est une villageoise de constitution très saine. Elle n'a jamais été malade; elle fut réglée à 13 ans et mariée à l'âge de 25 ans avec Gian Pietri Doruenico, dont elle eut deux fils. Le 26 décembre 1885, elle est entrée dans cet hôpital

parce que depuis 14 ans il lui est impossible de marcher. Elle ne peut absolument pas s'asseoir, tous les mouvements des deux articulations coxo-fémorales étant abolis. Debout, elle peut un peu marcher, à l'aide de béquilles. Elle raconte qu'au cours de la grossesse de son dernier fils, elle avait éprouvé des douleurs à la hanche droite, qui se sont étendues le long de la cuisse; contre ces douleurs le docteur lui avait ordonné des frictions sédatives et l'application d'un vésicatoire, lui déclarant qu'il s'agissait d'une sciatique.

L'accouchement, fut précipité et instantané. Comme la femme était seule, elle ne put prévoir les tristes conséquences pour elle et pour son nouveau-né.

La femme, après 14 ans, ne peut donner que peu de détails; néanmoins, elle raconte que 4 à 5 jours après l'accouchement, les douleurs s'exagérèrent non seulement à droite, mais furent extrêmement violentes aussi à gauche. Elle se rappelle la manière spéciale dont elle était au lit, étendue raide, ce qui supprimait complètement les douleurs, redevenant extrêmement violentes aux plus légers mouvements qu'elle faisait, et au plus léger choc imprimé au lit.

Aucun autre traitement ne fut appliqué, à part les frictions sédatives, et la femme resta au lit, en position couchée et avec les membres en extension complète. Au bout de quelque temps, elle désira se livrer à ses occupations domestiques et voulut quitter le lit : mais les douleurs se produisirent aussitôt atroces et insupportables. Elle chercha à marcher à l'aide de béquilles, mais il fallut de nombreux mois pour pouvoir supporter sa position difforme, les pieds appuyés sur les béquilles. Ses hanches fixées immobiles sur le bassin, ne pouvaient être entièrement écartées : aussi, pour satisfaire ses besoins naturels, la miction et la défécation, elle devait rester debout sur les pieds, se souillant toute, et bien des fois obligée de se faire laver par une personne de confiance. Il est singulier que la femme ne rapporte pas avoir souffert au cours des couches de fièvre et de douleurs abdominales. Ceci tenait simplement enfin à l'oubli et à la négligence de mêmes malades, habitués à vivre sur la montagne et sans aucun soin particulier, en ce qui concerne sa propre santé.

Elle se rappelle comme la région inguinale et celle de la hanche étaient tuméfiées, extrêmement douloureuses, au toucher, avec la peau luisante et plus blanche qu'elle n'est d'habitude.

Elle est venue à l'hôpital se plaignant de son état ci-décrit.

L'examen, pratiqué sous anesthésie au chloroforme, put établir le diagnostic de pseudo-ankylose fibreuse plutôt que celui d'une vraie ankylose osseuse, réapparaissant dès que la malade s'est réveillée. On décida immédiatement de vaincre la résistance des tissus périarticulaires, plus ou moins rétractés et cicatriciels, au moyen des mouvements forcés de flexion, d'abduction, de rotation et de circumduction. Il fut nécessaire d'employer une certaine force, pour sentir manifestement les craquements profonds des tissus fibreux; mais en insistant on arriva au relâchement de tous les tissus. On put, en moins de 10 minutes, réduire les deux articulations coxo-fémorales à une mobilité passive à peu près normale.

On ordonna l'application de vessies de glace pour prévenir l'excessive réaction phlogistique. A cause de cela les douleurs furent plus supportables au cours des premiers jours, si bien qu'elles permirent de répéter ces mouvements, distendant les tissus lacérés et rétablissant la fonction articulaire. Quatre jours après apparaîtront au périnée et à la tubérosité ischiatique de vastes ecchymoses, qui étaient superficielles. La réaction phlogistique se maintint si légère que chaque jour on put faire la gymnastique forcée dans ses deux membres.

Au 15^e jour, la femme put exécuter spontanément un certain degré de tous les mouvements articulaires et fut capable de quitter le lit et de se passer du secours des béquilles. Elle s'asseyait et peut se relever du sol, de sorte qu'encouragée par le succès inespéré, volontairement elle se soumet aux manœuvres quotidiennes de gymnastique

forcée qu'on ordonne de faire jusqu'au 31 janvier 1888, jour auquel la malade abandonne l'hôpital.

Elle peut marcher avec le seul appui d'un petit bâton et elle peut suffire à toutes les nécessités de la vie.

Le 3 mars de l'année 1891 j'eus l'occasion de la visiter de nouveau à Gian Petri; je la trouvai entièrement satisfaite du résultat obtenu, pouvant à cette date marcher librement sans aucun appui, comme une personne parfaitement bien portante. Elle tint beaucoup à exprimer son immense satisfaction pour avoir pu reprendre non seulement de petites occupations domestiques, mais aussi se livrer aux travaux fatigants des villageoises. Elle n'est pas complètement guérie d'un petit degré de claudication qui lui est resté et qui restera. En fait, la flexion de la cuisse gauche est limitée à un angle d'environ 160°, et la droite à un angle de 165°; en abduction les deux membres inférieurs permettent l'allongement des genoux à 32 pour 100, ce qui est suffisant pour satisfaire toutes les nécessités fonctionnelles de la vie.

Debout, à l'examen, on trouve chez la malade que les hanches et les membres sont réguliers de développement et de force. Les mouvements sont brefs, mais nets et réguliers, limités à un parcours de 40^{cm}. Une certaine agilité que la malade a acquise en marchant compense l'étendue limitée des mouvements, en sorte qu'elle se tient droite, sans fatigue, marchant sur la route comme une personne saine.

Observation de MM. Langeron et Delcour. — Une jeune femme de 22 ans, Gabrielle M..., ménagère, entre à l'hôpital, le 25 janvier 1927 pour douleurs articulaires. Elle est enceinte de son premier enfant, et se trouve à 7 mois de sa grossesse. Elle ne signale aucun antécédent pathologique, en particulier jamais de rhumatisme articulaire aigu. En revanche, on devait apprendre, dans la suite, que son mari avait eu, un an auparavant, une urétrite blennorragique.

La maladie a commencé 5 jours avant l'entrée dans le service par des douleurs, d'abord modérées, apparues le matin au réveil dans le genou droit et l'épaule gauche. Dès le lendemain, elles étaient extrêmement vives, ont persisté depuis ce temps à trois articulations sans jamais les quitter : épaule gauche, genou droit et hanche gauche.

On note à l'examen :

a. *A l'épaule gauche*, endolorissement n'empêchant pas la mobilisation prudente, sans phénomènes inflammatoires de la région périarticulaire.

b. *Genou droit* immobilisé en flexion légère, avec injection des culs-de-sac sous-quadricipitaux et empâtement des parties molles : teinte rosée des téguments avec circulation veineuse exagérée. Choc rotulien net. Douleurs très violentes à la moindre tentative de mobilisation.

c. *Hanche gauche* déformée par un gros empâtement qui gêne l'exploration précise de la région. Pas de rougeur de la peau. Douleurs vives à la pression. Mobilisation absolument impossible.

Toutes les autres articulations sont intactes.

Le cœur a des bruits rapides (116), mais réguliers, à timbre normal. Tension : 9-12 (Vaquez). Foie et rate non augmentés de volume. Le reste de l'examen viscéral est négatif.

Leucorrhée légère sans dysurie. Pas d'albuminurie. Température 37°, 8.

La malade est d'abord soumise au traitement salicylé et reçoit 12^g par jour par la bouche.

La semaine suivante, les arthralgies abandonnent rapidement l'épaule, mais elles persistent aux deux autres articulations de façon fixe, et s'accompagnent de phénomènes de périarthrite intense. L'infiltration autour de la hanche gauche détermine un volumineux œdème de la grande lèvre du même côté. La leucorrhée est augmentée.

L'examen des sécrétions vaginales n'a pas révélé de gonocoques : il est impossible,

en raison des douleurs violentes au moindre mouvement, d'effectuer un prélèvement dans l'urèthre ou le col.

Le 2 février, une ponction du genou droit ramène un liquide très louche, séro-purulent, homogène, dans lequel l'examen microscopique trouve : des polynucléaires nombreux en grande partie cytolisés; de nombreuses cellules endothéliales; quelques très rares diplocoques.

La nature du rhumatisme ne pouvant plus dès lors faire de doute, on commence la vaccinothérapie antigonococcique. La malade reçoit tous les trois jours une injection intramusculaire de cinq ampoules de vaccin au fluorure de sodium (soit cinq fois la dose habituelle).

Ces injections, qui ne déterminent d'ailleurs pas la moindre réaction locale ni générale, ne sont suivies d'aucune amélioration; les douleurs du genou droit et de la hanche gauche sont excessives.

L'état général décline peu à peu. La température oscille de 1 degré par jour de 37°, 5 à 38°, 5.

Une numération globulaire pratiquée à cette époque donne 23 000 leucocytes, dont 83 pour 100 de polynucléaires.

On cesse les injections de vaccin.

A partir du 27 février, on fait à la malade, deux fois par semaine, une injection intrafessière de 10^{cm} d'auto-sang, immédiatement après ponction veineuse, sans hémolyse ni citration.

Le soir de la première injection, la température ne dépasse pas 37°, 8. Les jours suivants, ses oscillations ne sont plus que de $\frac{2}{10}$ de degré. La courbe se régularise et se stabilise définitivement vers 37°, 2. Les douleurs articulaires se calment progressivement.

Le 4 mars, disparition complète de toute arthralgie du genou, sauf dans les mouvements de flexion très étendus. Il persiste encore un peu de liquide qui se résorbe les jours suivants.

Peu à peu la hanche devient elle-même parfaitement indolore, la périarthrite coxo-fémorale disparaît. L'état général se relève de jour en jour.

Le 15 mars, soit deux mois après le début de la maladie, et après un mois d'auto-hémothérapie et d'apyrexie, on note la guérison complète de l'arthrite du genou : les mouvements se font librement. Il n'y a ni douleurs, ni ankylose, ni déformation. La hanche peut être mobilisée parfaitement sans douleur, mais les mouvements actifs sont impossibles. La malade a essayé en vain de se tenir debout.

La mensuration du membre inférieur gauche fait découvrir alors un raccourcissement de 5^{cm} par ascension du trochanter, facilement réductible par la traction manuelle sur la jambe.

A cette époque, la malade quitte momentanément le service et va accoucher à la Maternité d'un enfant bien portant. Les suites de couches sont normales.

En fin avril, quand elle rentre à l'hôpital, l'examen du membre donne les résultats suivants : position normale, sauf une légère rotation interne. Ascension marquée du trochanter. Atrophie musculaire de 3^{cm} à la partie moyenne de la cuisse. Raccourcissement : 4^{cm}. Les mouvements actifs sont impossibles. La mobilisation passive est extrêmement simple, dans tous les sens, sans limitation, et s'accompagne de gros craquements articulaires.

Le genou droit est en tout point normal.

Une radiographie prise en même temps montre une subluxation en haut de la tête fémorale. Il existe une décalcification intense du fémur et de l'acétabulum : l'interligne, mal dessiné, est irrégulier et très diminué. La tête, comme abrasée à sa partie supérieure, est aplatie en galet. Le sourcil cotyloïdien, extrêmement flou, projette son ombre sur celle de la tête dans laquelle il paraît pénétrer.

L'articulation est alors traitée par le massage et la mobilisation quotidienne, et soumise à la *traction continue*, à l'aide d'un appareil identique à celui de Tillaux pour les fractures du col.

Au cours de cette période de traction, trois radiographies prises à intervalles de 1 mois, et dues à l'obligeance du Dr Desplats, montrent la descente de la tête fémorale au niveau du cotyle et un retour progressif des extrémités osseuses à l'opacité normale.

Après 4 mois d'appareillage, la réparation des lésions radiologiques étant jugée suffisante on cesse l'extension continue. Le 15 septembre, la malade s'essaie à la marche. La rééducation fonctionnelle s'effectue lentement; elle est suffisante pour permettre à la malade de quitter l'hôpital le 10 octobre. Le jour de sa sortie, son état peut être résumé ainsi :

A la radiographie, la tête du fémur demeure déformée, mais a repris une densité suffisante. Elle se trouve dans une situation voisine de la normale. Le cintre cervico-obturateur n'est plus rompu, mais seulement déformé. Le sourcil cotyloïdien est nettement restauré. Tête et cotyle ont des contours nets, bien recalcifiés, limitant un interligne régulier, mais marqué avec précision.

Cliniquement, les mouvements au lit se font activement dans tous les sens, sans douleurs ni limitation. Il persiste une atrophie de la masse musculaire de la cuisse, ainsi qu'un raccourcissement du membre de 3^{cm} dû à la déformation définitive de la tête, malgré la réduction de la luxation. La marche, extrêmement facile avec l'aide d'une canne, devient possible sans aucun appui; elle n'éveille aucune douleur et s'accompagne d'une légère claudication.

Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie, que la gravidité jouait certainement un rôle important dans l'affection gonococcique de la hanche, « surtout à la période terminale » disait König.

Il nous a été possible de relever dans la littérature 24 observations de coxites blennorragiques puerpérales, ce qui fait plus de 43 pour 100 de toutes les observations féminines : et nous-même en avons vu évoluer 4 cas. Or, sur les 24 observations indiquées, 14 sont franchement et incontestablement reconnues comme étant gonococciques avec preuves certaines à l'appui, deux autres sont supposées de nature rhumatismale (Dubois, 1879) et les sept dernières n'ont pas de notion étiologique précisée, mais survenues au cours de la gravidité nous sommes en droit, avec nos connaissances actuelles, de les intituler toutes les neuf, arthrites gonococciques de la puerpéralité. Ces observations à étiologie mal définie sont publiées entre 1879 et 1884 : c'est la pleine période des discussions sur les arthrites puerpérales, discussions qui se sont éternisées et qui ne sont peut-être pas encore closes à l'heure actuelle.

Il n'est pas possible de refaire ici l'historique du « rhumatisme puerpéral », la question est fort intéressante, mais fort longue et J. Hébert s'en est chargé dans sa Thèse très documentée. On dit que Charcot, le premier, en 1853, signala quatre cas dans lesquels il avait vu « les jointures prises pour la première fois vers la fin de la grossesse ou quelques jours après un accouchement normal »; trois ans après, à Édimbourg, Simpson dénommait cette complication de la grossesse « rhumatisme puerpéral », maladie spéciale

à la période puerpérale, n'ayant d'existence que par elle, et sur laquelle devaient discuter à perte de vue en 1866-1867, à la Société médicale des Hôpitaux, Lorain, Peter, Féréol, Hervieux, Guéneau de Mussy et après eux tous leurs élèves.

Vachée, élève de Lorain, rapportait dans sa thèse le cas suivant :

Z. Garnier, entrée le 6 mai 1868.

Agée de 22 ans, d'une bonne constitution. Elle a été réglée à 15 ans et ne présente aucun antécédent rhumatismal.

Le 4 mai, à la suite d'une perte abondante, elle a pris un bain froid et des injections d'eau froide, et elle est allée au bal où elle a dansé toute la soirée.

Le 5, elle fut prise d'une douleur vive dans l'articulation coxo-fémorale, sans gonflement et sans changement de coloration de la peau.

Le 6, la peau est un peu chaude, le pouls est à 95; sulfate de quinine, 1^g; 1 pilule de 0^g, 05 d'extrait thébaïque; vésicatoire volant sur la hanche. Rien du côté du cœur.

Le 7, même état; friction avec la pommade belladonnée.

Le 8, 90 pulsations; les douleurs sont toujours aussi vives.

Le 9, la fièvre est tombée; les douleurs seules persistent en s'affaiblissant jusqu'au 19 juin, époque à laquelle la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

« On ne saurait nier, ajoutait Vachée, que les femmes présentent une disposition particulière à contracter par l'intermédiaire de l'appareil génital, non plus de l'urèthre, mais de l'utérus, du vagin et de l'urèthre confondus l'état rhumatismal qui a un rapport de parenté visible avec le rhumatisme blennorragique. »

On ne parle pendant fort longtemps que « d'état génital », « d'état morbide des voies génito-urinaires avant l'accouchement ». « Le pus qui s'écoule en quantités quelquefois considérables du col utérin et qui baigne le vagin n'est que le résultat normal de la grossesse. »

« M. Lorain n'en doute pas, car il a obtenu ces mêmes écoulements chez des jeunes femmes de sa clientèle incontestablement très saines. Il a même vu chez l'une d'elles ces végétations qui s'étaient produites par le contact de ce liquide irritant se transmettre au mari. » (Peter.)

A Édimbourg, Mac Donald, élève de Simpson, remarque qu'à l'arthrite de la femme en couches correspond une ophtalmie blennorragique de l'enfant mais, comment admettre que « M. Lorain a pris pour des leucorrhées de véritables blennorragies » ? (Alexandre.)

Certains auteurs ne connaissent, eux, que le rhumatisme articulaire aigu, et pendant des années les hésitations se poursuivent malgré quelques paroles de bon sens.

« L'aspect de certaines arthrites de l'état puerpéral, leur marche lente, subaiguë, leur localisation à une seule des grandes articulations devrait éveiller l'idée d'une complication blennorragique », affirme cependant Siredey en 1889.

Et de Bouchard nous avons ces lignes : « On a décrit sous le nom de « rhumatisme de la grossesse » une inflammation le plus souvent mono-

articulaire, tenace, avec tendance à l'ankylose, qui ressemble singulièrement au rhumatisme blennorragique, qui n'est certainement pas le rhumatisme vrai et que j'ai bien de la peine à considérer comme gravidique. »

Certaines constatations vont enfin calmer les esprits.

Krœnig en 1893 ne trouve que des gonocoques dans la leucorrhée d'une femme atteinte d'arthrite et cela au 14^e jour des suites de couches; et Vinay affirme qu'il existe toujours des gonocoques dans les voies génitales de la femme rhumatisante en état puerpéral.

Dorénavant Mauclaire, Lefour et Fieux ne trouvent plus de contradicteurs à la suite de leurs articles et König, en 1896, peut aller jusqu'à préciser les formes cliniques de la coxite puerpérale.

Il faut bien conclure enfin que « l'état de gravidité ainsi que le travail de l'accouchement sont des conditions qui favorisent la multiplication des gonocoques et rendent plus marquées les manifestations qu'ils provoquent ».

Si j'ai insisté un peu longuement sur toute cette phase d'histoire, c'est que la question des arthrites puerpérales n'est pas encore tranchée, nous le verrons, et qu'à l'heure actuelle ce que nous en savons ne repose encore que sur des idées mal contrôlées (date d'apparition des arthrites après l'accouchement par exemple) des recherches, des enquêtes trop lentes, insuffisantes ou totalement absentes.

L'histoire de la coxite puerpérale à gonocoques ne peut être séparée de l'histoire de l'arthrite puerpérale.

Paci fut le premier à s'y intéresser en 1891, en rapportant cinq observations de hanches puerpérales qui mériteraient d'être discutées, mais son exemple ne semble pas avoir été suivi.

König, écrivant en 1896 sur les arthrites gonococciques, signale que chez la femme enceinte il a surtout vu deux localisations, la hanche et le genou, que ce sont avant tout des formes ankylosantes sans pus, que l'ankylose se constitue avec une rapidité déconcertante parfois en 3 semaines et que seule l'extension maintenue longtemps est le traitement de choix.

En 1905 paraît, toujours en Allemagne, un travail de Silberstein sur les maladies de la hanche au cours de la puerpéralité.

Il se refuse à faire avec Paci de la coxite puerpérale une affection autonome; « elle n'existe pas, dit-il, et les coxites de la puerpéralité ont des causes variées. Les gonococciques sont fréquentes, on les reconnaît à leur début particulièrement rapide et douloureux, leur tendance marquée à la contracture.

» La découverte du gonocoque, soit dans l'appareil urogénital, soit dans la hanche, confirme ce diagnostic. Quant au pronostic, il en est toujours très grave. »

Enfin, nous trouvons un tout petit mot de Ledderhose en 1922 sur les coxites gonococciques qui surviennent chez des femmes infectées pendant la grossesse ou les suites de couches.

Les statistiques des arthrites gonococciques puerpérales ne comprennent que fort peu de localisations coxo-fémorales.

Bégouin n'en cite que deux cas sur 49 observations, et Fresney en 1921 dans sa Thèse sur « le rhumatisme blennorragique compliquant l'état puerpéral » n'a qu'une hanche sur 38 monoarthrites diverses et quatre coxo-fémorales atteintes au cours de 44 polyarthrites.

On a cependant noté la « prédilection » des coxites aiguës pour la période puerpérale (König, Henschen, Wilms). « C'est l'infection puerpérale qui, dans ses manifestations, compte le plus de localisations coxo-fémorales. » Pour ce qui est de la coxite gonococcique puerpérale, elle existe dans 48 pour 100 des cas de notre statistique.

« Beaucoup d'auteurs, dit Henschen, admettent la nature gonococcique de la majorité des coxites puerpérales » et Wilms, en 1917, nous affirme que König, déjà, était sûr que les arthrites puerpérales aiguës de la hanche si fréquentes et de mauvais pronostic fonctionnel, étaient bien souvent de nature gonococcique, « chose, ajoute Wilms, qui est aujourd'hui bien établie ».

L'est-elle en réalité si bien ? alors que l'on sait mal encore : 1^o dans quelle proportion la blennorragie complique la puerpéralité ; 2^o dans quelle proportion encore, les métastases articulaires compliquent cette gonococcie puerpérale ; 3^o quel microbe enfin du gonocoque ou du streptocoque est le plus fréquemment rencontré dans les arthrites de la puerpéralité.

Si Plisson conclut que le gonocoque est le microbe causal de tant de complications pendant l'état gravidique, maints auteurs donnent des statistiques de 26 ou au plus 37 pour 100 de fréquence pour la blennorragie. Quant au rhumatisme blennorragique au cours de l'état puerpéral, c'est, disent-ils, dans la proportion de 2,25 pour 100 (Fruhinsholtz) qu'on le voit, une fois seulement chez 400 femmes pour Fresney « malgré qu'on rencontre plus de rhumatismes blennorragiques chez les femmes enceintes ou récemment accouchées que chez les autres ».

Et comme nous ne trouvons aucune réponse à notre troisième question, force nous est bien d'admettre que nous sommes fort mal renseignés sur le problème, et que bien peu d'enquêtes sont suffisamment poussées.

C'est à TOUTE période de la gravidité, pouvons-nous dire avec Bégouin, que la coxite est susceptible d'apparaître, et il n'est plus possible de s'étonner comme Hanot qui voulait bien « qu'un rhumatisme blennorragique pût survenir après cette sorte de blennorragie utérine qui suit l'accouchement », mais qui refusait une « telle puissance pathogénique à une grossesse d'un mois, à la présence dans l'utérus d'un embryon qui a à peine 1^{er}m de longueur ».

Or, voici une observation que nous avons pu recueillir dans le service de notre Maître M. Dujarier :

Observation VIII (Personnelle).

M^{me} P... entre à Boucicaut en mai 1928 pour une ankylose en mauvaise position de la hanche gauche.

M^{me} P..., 35 ans, fait une fausse couche de 3 mois le 12 août 1927. Tout se passe très simplement, il ne paraît y avoir aucune infection utérine, quand, 12 jours après l'avortement, la malade est prise de fièvre à 39°-39°, 5. L'utérus ne paraît pas en cause, on ne pratique pas de curettage, et il n'y a encore à ce moment aucune localisation articulaire.

La température tombe un peu et au bout de 15 jours la malade essaye de se lever, mais elle est prise alors de douleurs terribles dans la hanche gauche. On parle de sciatique et l'on donne de l'aspirine pour calmer les souffrances qui ne font qu'augmenter chaque jour et s'accompagnant d'une température à 38°-39°, 5.

Au bout d'un mois environ, vers la fin de septembre, souffrant toujours autant, dans un très mauvais état général, avec une température élevée, la malade se décide à entrer à l'hôpital Saint-Joseph.

La cuisse est paraît-il à ce moment très grosse, très rouge et fléchie. A l'hôpital Saint-Joseph on dit : pus dans la coxo-fémorale et l'on incise l'articulation. Comme il ne s'écoule aucun liquide on fait une nouvelle incision au niveau de la crête iliaque et l'on aurait en même temps aux dires de la malade enlevé l'appendice.

Elle reste environ 16 jours à l'hôpital, la température est tombée, sans être redevenue normale et il existe une escarre fessière. Rentrée chez elle, cette jeune femme est tout à coup reprise d'une nouvelle poussée thermique à 40°, elle a du délire et souffre toujours le martyre, sans repos jour et nuit avec une hanche douloureuse et qui ne peut être remuée.

Vers le mois d'octobre on s'aperçoit que la « hanche est remontée », dit la malade ; l'état général est très mauvais et les escarres fessières, sacrées, étendues, assombrissent encore ce tableau lamentable.

On met alors le membre inférieur en extension continue. Une radiographie faite le 28 novembre 1927 montre une luxation de 5^{cm}, un cotyle très agrandi avec une ébauche de double fond, une tête aux trois quarts détruite avec une grande incisure coupant la tête et le col. Il y a en outre une décalcification intense des deux os.

La température ne redevient normale qu'au début de février, soit 5 mois après le commencement de l'affection, et les douleurs ne cessent complètement qu'en mars. La malade peut alors essayer de mettre le pied par terre, après être restée alitée 6 mois. Elle commence donc à marcher avec des béquilles, mais la pointe du pied peut à peine atteindre le sol.

Entrée le 8 mai 1928 dans le service de M. Dujarier à Boucicaut, on trouve une cuisse fléchie à 40° sur le bassin en adduction prononcée et en rotation interne. L'atrophie de tout le membre inférieur est considérable, l'ankylose de la hanche totale, sans la moindre ébauche de mouvement ; on ne constate pas de ganglions inguinaux ou rétro-cruraux.

La malade a été prise de cette arthrite aiguë en pleine santé apparente ; elle a d'ailleurs toujours été bien portante et n'a jamais présenté aucun accident rhumatismal. Mariée depuis 7 ans, elle a, il y a 6 ans, été traitée pour syphilis, mais depuis longtemps le Wassermann est et demeure négatif. Son mari, en dehors de sa spécificité, n'a jamais avoué aucune blennorrhagie. Elle même avait constaté des pertes blanches abondantes depuis 1926 qui avaient beaucoup augmenté et étaient très purulentes au moment de sa dernière grossesse.

Cette jeune femme a déjà eu il y a 3 ans un enfant qui est mort à 3 mois d'infection. Né à terme par un accouchement normal, il n'avait présenté à la naissance aucun signe de spécificité ni de phénomènes d'ophtalmie.

Une nouvelle radiographie le 8 mai 1928, 21 mois après le début de l'affection, montre que la tête s'est remodelée, mais qu'elle est maintenant toute petite, bosselée, irrégulière, fichée dans la partie toute supérieure d'un immense cotyle séparé en deux par une sorte de double fond. La luxation est toujours la même (voir *fig. 17*).

Ostéotomie sous-trochantérienne par le Dr Dujarier pour remettre le membre en bonne position. Le résultat a été excellent, la malade peut marcher maintenant plus facilement, mais conserve son important raccourcissement.

Il n'est pas que l'état gravidique qui puisse déterminer cette coxite, mais l'allaitement, le retour de couches (Baral), même la simple période menstruelle, comme dans les cas de Vaille ou de Vachée, suffisent à la déclencher.

Il se produit évidemment une exaltation de virulence du gonocoque parfois latent, due à l'état congestif menstruel, ou bien la grossesse, l'accouchement ont réveillé une vieille salpingite peut-être endormie et qui va devenir la source de l'infection. Autrefois Post (cité par Kelly) avait suggéré qu'un pyosalpinx pouvait être le foyer infectant et l'origine de cas obscurs d'affections puerpérales. Il pensait que la tête fœtale écrasant, comprimant la trompe, peut faire passer son contenu dans l'utérus vers la surface placentaire et le microbe gagner ainsi directement la circulation sanguine.

L'explication est pour le moins ingénieuse.

La coxite gonococcique puerpérale n'a rien cliniquement qui lui soit propre et les formes en sont variées à l'infini : polyarthrites, formes phlegmoneuses (Georgiadès, Lancereaux), formes à épanchement séreux et surtout purulent quoiqu'en pense Paci, formes bilatérales (Paci, Silberstein), enfin formes (lentement) ankylosantes comme pour la malade de Henschen, et que König voulait propres à l'état puerpéral.

Pendant longtemps on a cru que la délivrance avait une influence heureuse sur l'arthrite gonococcique, aussi voyons-nous parfois chez les anciens auteurs un peu d'étonnement lorsque tous les signes de coxite ne disparaissent pas aussitôt après l'accouchement.

« Il ne s'est manifesté aucune modification appréciable à l'époque de l'accouchement » (Dubois). « Après l'accouchement, les douleurs persistèrent aussi vives à la hanche. » « Les douleurs de la hanche, tout en étant notablement moins vives qu'avant l'accouchement, l'étaient cependant assez pour empêcher la malade de se remuer librement dans son lit. » (Mercier.)

On a voulu aussi que la coxite gonococcique fût moins grave au cours de l'état gravidique. Ceci est difficile à accepter, et il faut se rallier plutôt à cette parole de Ledderhose : « Les coxites gonococciques qui surviennent chez des femmes infectées pendant la grossesse ou les suites de couches sont de gravité très variable. »

Il en est, en effet, qui guérissent sans grand dommage et dans un cas de Bennecke « les signes inflammatoires graves cédèrent simplement à l'extension continue », mais outre l'ankylose définitive qui n'a rien de parti-

culier à la puerpéralité, les délabrements osseux nous ont paru être dans cette forme beaucoup plus fréquents.

Nos statistiques nous le prouvent en effet.

Sur 25 observations relevées au cours de la grossesse, nous trouvons 12 fois des dégâts assez considérables pour compromettre définitivement la fonction du membre (luxations, protrusions, perforations) et nos trois observations personnelles de coxites puerpérales s'accompagnent toutes trois de luxations importantes. En dehors de la grossesse, nous n'obtenons pas ce pourcentage. Enfin, si nous tenons compte que sur ces 25 observations il y eut 4 cas mortels, il est permis de penser que malgré tout ce qu'on en a pu dire, l'état gravide est un facteur aggravant et que, comme le pensait autrefois Boinet, c'est dans le « rhumatisme puerpéral que les altérations sont le plus profondes ».

Les coxites puerpérales ont certainement à leur actif le plus grand nombre d'erreurs de diagnostic, du fait sans doute de toutes les complications que peut redouter le praticien en face d'une parturiente ou d'une femme enceinte.

Une femme enceinte fait-elle une localisation coxo-fémorale, tout de suite on dit sciatique; c'est le cas d'une de nos malades.

Nous devons à Silberstein une amusante observation :

Parce qu'une jeune femme de 28 ans ayant un retard de règles de 3 mois est prise brusquement de frisson, de céphalée, de température à 40°, 8 s'accompagnant de douleurs atroces localisées au bas-ventre, le médecin pose le diagnostic d'avortement prochain, le précipite, vide l'utérus et fait une injection intra-utérine. Ceci déclenche une poussée de polyarthrite grave qui se termine par une coxite ankylosante de la hanche.

M. Mondor a cité le cas de ces deux accouchées soignées pour phlegmatia alba dolens et immobilisées pendant des semaines alors qu'elles avaient tout simplement une luxation de la hanche provoquée par une arthrite aiguë à gonocoques.

Ledderhose fait de la douleur intense, de l'œdème, de la tendance marquée à l'ankylose des signes suffisants pour poser le diagnostic de coxite gonococcique puerpérale, à côté bien entendu de la découverte du gonocoque lui-même.

Mais ces signes ne sont pas toujours convaincants, la découverte du gonocoque peut être négative. Heureux les cas où la gonococcie familiale apporte une forte présomption en faveur de la nature de l'affection : orchio-épididymite du mari et ophtalmie du nourrisson (cas rapporté par M. Mondor) ou ophtalmie purulente seule de l'enfant à la naissance (Karewski), arthrites du bébé au 15^e jour (Tracou et Bué).

D'autres fois, la poussée de pelvi-péritonite pendant la grossesse (David) signe pour ainsi dire la maladie; mais ce qui demeure la grande difficulté

dans le diagnostic des arthrites après l'accouchement, c'est la différenciation des arthrites à streptocoques de celles à gonocoques.

On a affirmé : toutes les arthrites de la grossesse sont à gonocoques, toutes les arthrites des suites de couches sont à streptocoques.

Les arthrites gonococciques surviennent beaucoup plus tôt après l'accouchement que les arthrites streptococciques.

On a dit encore les arthrites streptococciques sont plus graves et s'accompagnent d'un état général beaucoup plus mauvais.

Mais on a pu prouver, avec le secours de la bactériologie, que même au 14^e jour des suites de couches l'arthrite de la hanche était bien gonococcique (Krœnig); nous connaissons des cas très graves d'arthrites gonococciques, avec atteinte considérable de l'état général, haute température, faciès infecté, et J. Hébert s'est attaché à montrer que le gonocoque pouvait donner aux arthrites une allure identique à celles causées par le streptocoque.

Voici une de nos observations qu'il est intéressant de rapporter ici :

Observation IX (Personnelle).

Marie T..., 31 ans, cuisinière.

Accouche dans l'après-midi du 9 septembre 1927 à Saint-Antoine d'un enfant vivant de 6 mois qui présente de l'ascite. Au moment de l'accouchement, la sage-femme remarque des plaques muqueuses vulvaires que la femme aurait depuis 1 mois environ et pour lesquelles elle n'a jamais été examinée.

Dans la nuit qui suit l'accouchement elle est prise de frissons répétés, sa température s'élève à 40° en même temps qu'elle souffre de rachialgie intense, et de douleurs articulaires violentes. Toutes les articulations sont prises et surtout elle ne peut remuer ni bras, ni jambes et la tête ne peut être fléchie.

Le maximum des douleurs siège surtout à l'épaule droite et à la hanche gauche.

Le 10 au matin la malade s'aperçoit qu'elle ne peut rien tenir dans la main droite qui apparaît alors très œdématiée et rouge. En même temps apparaissent dans la hanche gauche des douleurs intolérables qui lui arrachent des cris, interdisent le moindre mouvement et obligent à une attitude du membre inférieur gauche en adduction forcée, flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin.

Du côté de l'utérus, il n'y a rien d'anormal. L'enfant est mort peu de temps après sa naissance.

La température oscille entre 38° et 39°.

Le Wassermann se montre positif, et, la malade ayant été passée dans le service de M. Bensaude est soignée par M. Cain, qui institue un traitement double, anti-syphilitique et antigonococcique.

En 3 semaines elle reçoit 2 injections de quinby, 3 injections de novarsénobenzol (0,5, 15; 0,5, 15; 0,5, 30) et 2 injections de sulfarsénol de 0,5, 30, plus 11 injections de vaccin antigonococcique et 2 injections de gono-yatrene.

La température persiste aux environs de 38°-39° et l'on ne constate aucune amélioration du côté de la hanche. La malade est alors envoyée à M. Mondor à l'hôpital Beaujon et entre dans le service de M. Souligoux le 11 octobre 1927.

A son arrivée, la malade est dans un état misérable. Les douleurs de la hanche gauche n'ont jamais laissé un moment de répit et le transport est pour cette femme un véritable supplice.

Son attitude est celle que nous représente la photographie reproduite page 33 et qui parle plus que toute description.

Il est absolument impossible de toucher au membre inférieur gauche pour essayer de l'étendre sans arracher des hurlements à cette malheureuse qui souffre et supplie qu'on la laisse tranquille. La jambe et la cuisse sont très atrophiées. Il existe dans toute la région de l'articulation de la hanche un gros empâtement douloureux sans grande modification de la couleur des téguments. Douleur à la pression sur le grand trochanter, impossibilité d'explorer la tête fémorale dans la région inguinale à cause de la tuméfaction. Adénopathie inguinale et rétro-crurale.

Les autres articulations sont indemnes, sauf la radio-carpienne droite limitée dans ses mouvements et encore douloureuse à la mobilisation.

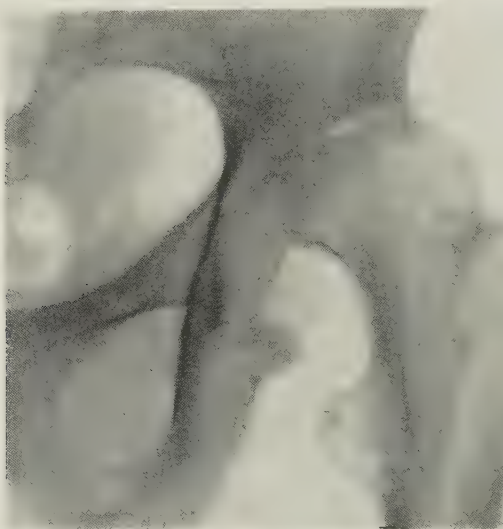


Fig. 14. — Coxite aiguë puerpérale au cinquième mois de son évolution (voir les figures 2 et 21). Noter surtout la déformation de la tête, l'apparition d'une nouvelle facette articulaire à la partie supérieure du cotyle, l'ébauche d'un nouveau toit acétabulaire. Ces aspects se sont encore accentués sur une radiographie prise deux mois plus tard.

L'état général est très pauvre, le faciès pâle et souffrant, la malade amaigrie. La température depuis 3 jours tend à baisser et oscille entre 37°, 2 et 38°. Il existe au niveau de l'ombilic une ulcération arrondie suintante.

Impossibilité de faire un prélèvement vaginal à cause des souffrances qu'entraîne l'essai de l'abduction de la cuisse et de la contracture de vigilance qui nécessiterait pour la vaincre une anesthésie générale.

La radiographie, faite alors un mois exactement après le début de l'affection, montre déjà une subluxation. Il n'y a ni décalcification intense, ni destruction osseuse importante, mais on note à la partie supérieure du cotyle la disparition presque complète de l'interligne articulaire et l'on constate surtout très nettement les phénomènes d'ulcération compressive; le fémur étant en flexion et adduction forcée appuyé fortement par sa tête contre le toit du cotyle et semble le repousser (voir fig. 1).

On met immédiatement le membre inférieur en extension continue en augmentant graduellement les poids, mais on a du mal à vaincre la contracture intense. De plus,

deux injections de cyanure de mercure déclenchent une diarrhée longtemps rebelle. La malade ne peut se résoudre à demander le bassin par crainte de la souffrance; continuellement souillée, il faut la bouger sans cesse pour la changer, la bonne position est difficilement maintenue et les douleurs sont aussi de ce fait plus lentement calmées.

Le 1^{er} novembre une ponction de la hanche ramène 2^{cm}³ de liquide citrin à prédominance de polynucléaires dont l'examen direct et la culture ne révèlent aucun microbe.

Est-ce la ponction ? Sont-ce les deux injections de Gonagone faites depuis 5 jours; mais le lendemain de la ponction la température, qui avait monté insensiblement jusqu'à 38°, 6, redescend à la normale et s'y maintiendra maintenant.

En même temps, les phénomènes douloureux s'atténuent beaucoup, l'état général s'améliore, la malade accuse un mieux sensible, peut reposer tranquillement, retrouve son appétit. Mais malgré une série de 12 injections de Gonagone, malgré une extension maintenant très stricte et maintenue pendant deux mois encore, les phénomènes locaux se sont aggravés. On constate bientôt un raccourcissement réel du membre inférieur que va expliquer une deuxième radiographie faite le 6 janvier 1928. La destruction osseuse a permis la luxation intra-acétabulaire de la tête, ce que traduit une rupture du cintre cervico-obturateur.

Il y a décalcification intense de l'acétabulum et de la tête, mais la carie est surtout marquée au niveau du cotyle. Celui-ci est agrandi, détruit vers le haut, à limites imprécises. La moitié inférieure est déshabitée, mais il est cloisonné vers la moitié supérieure par une ébauche de double fond dans lequel repose la tête. Celle-ci, beaucoup moins atteinte, est cependant déformée, aplatie. Il a dû, malgré l'extension continue, se passer ce que la première image radiographique laissait prévoir.

A l'ulcération compressive du début, venant s'ajouter des lésions osseuses, la tête, malléable, ramollie, moins atteinte que le cotyle par la destruction, mais en mauvaise position, n'a cessé de repousser devant elle un toit de cotyle miné par le processus infectieux et qui n'a pas tardé à s'effondrer, permettant 2^{cm} environ de luxation.

L'évolution de l'affection va continuer à se poursuivre sans incident.

Une troisième radiographie faite le 23 février 1928 au sixième mois de la maladie a montré la stabilisation des lésions osseuses. Les deux extrémités articulaires sont recalcifiées, mais définitivement modifiées.

La tête est aplatie, mince, ayant comme glissé en avant et en dedans sur le col. L'acétabulum présente deux parties très distinctes et séparées par une arête. Une portion inférieure, l'ancien cotyle déshabité, est très reconnaissable: une portion supérieure, constituée par le toit du cotyle refoulé, maintenant modelé en une nouvelle cavité articulaire, reçoit la tête luxée. Un petit bec osseux surplombe la partie externe de la tête (voir fig. 14).

La malade, marchant péniblement avec deux cannes, amaigrie, pâle, peut partir en convalescence au Vésinet dès les premiers jours de mars; elle était restée alitée 6 mois.

Revue à son retour fin avril, cette femme est dans un très bon état général et a considérablement engraisé. La hanche est complètement ankylosée en légère abduction. La marche, qui est difficile et demande encore une canne, se fait comme en fauchant avec le membre malade par rotation du bassin autour de la colonne vertébrale. Le bassin basculé masque le raccourcissement de la cuisse qui est de 3^{cm}. Au repos l'attitude est celle que nous montre la photographie de la page 135.

Les lésions radiographiques se sont peu modifiées.

La nouvelle facette articulaire du cotyle est seulement plus accentuée, la tête plus aplatie, semble-t-il; le bec osseux à l'extrémité de l'acétabulum ébauche véritablement un nouveau toit cotyloïdien au-dessus de la tête. Les ombres osseuses sont très denses.

C'est à cette époque qu'un examen vulvaire et vaginal pratiqué avec soin, dans des pertes jaunes qui existent encore malgré les injections, et sans qu'une nouvelle contamination ait pu intervenir, permet de découvrir, 8 mois après le début de la maladie, au milieu de polynucléaires, des gonocoques que deux recherches successives faites antérieurement pendant le séjour à Beaujon n'avaient pas permis de déceler.

Actuellement, décembre 1928, la malade va parfaitement bien et a recommencé à travailler sans trop de gêne.

Peut-on, pour se faire une opinion sur la nature étiologique de ces coxites de la puerpéralité, se baser sur les constatations radiologiques ? Il ne semble pas.

M. Moulonguet a publié, il y a deux ans, dans un article sur les lésions radiologiques de certaines arthrites aiguës de la hanche, l'observation d'une coxite puerpérale survenue deux jours après l'accouchement et dont l'agent pathogène paraît avoir été le streptocoque d'après les recherches faites à la Maternité au début de la période d'infection ».

Les aspects radiographiques sont presque identiques à ceux de notre observation.

Voici cette observation :

M..., âgée de 27 ans, accouche à la Maternité de l'hôpital Beaujon le 2 décembre 1922. Le surlendemain, la fièvre s'allume, un curage utérin est pratiqué sans effet sur la température qui reste très élevée. Deux jours après, une douleur apparaît dans la hanche. On met la malade dans un lit mécanique et l'on parle de phlébite.

Quand je vois la malade à la fin de janvier, la température est redevenue normale, mais les douleurs subsistent, extrêmement vives, à la moindre mobilisation: le membre inférieur est en position vicieuse d'adduction, flexion. La femme est très maigre, très affaiblie: elle a de vastes escarres sacrées.

La radiographie montre une destruction considérable de la tête fémorale dont la moitié supérieure a disparu, une destruction du toit du cotyle avec décalcification de l'iléon dans cette région, enfin une pseudo-luxation intra-acétabulaire: le décalage entre le bord inférieur du pubis et le bord inférieur du col fémoral est, sur la radiographie, de 5 cm.

Une ponction de la hanche permet de retirer une vingtaine de centimètres cubes de liquide séro-hémorragique. L'examen de cet épanchement ne montre pas de microbes. Il s'agit donc, au moment de cet examen, d'une arthrite en voie de guérison, dont l'épanchement, assurément purulent au début, était devenu séreux et aseptique. L'agent pathogène paraît avoir été le streptocoque, d'après les recherches faites à la Maternité au début de l'affection.

Plâtre en abduction, flexion sous anesthésie le 11 février. Ce plâtre est maintenu en place jusqu'au 8 mai. A cette époque la hanche paraît ankylosée en bonne position. La malade a repris un bon état général, elle est autorisée à rentrer chez elle.

Une nouvelle radiographie faite avant son départ montre la bonne position de l'articulation et le début de la réparation des lésions. Cette réparation porte surtout sur l'os coxal; le toit du cotyle apparaît reconstitué et très dense. La tête fémorale, encore très usée, est au large dans le cotyle.

La malade, revue à plusieurs reprises depuis, est en bonne santé. Elle a une ankylose correcte de la jambe droite et boite fort peu. Une radiographie faite le 15 juin 1924 montre l'ankylose osseuse de la partie supérieure de l'articulation, la reconstitution parfaite de la tête, le rétablissement presque exact de la ligne des cintres.

Les antécédents de cette malade sont vierges de toute affection de la hanche; elle n'a jamais boité, n'a jamais souffert de la hanche. Il n'y avait pas de tuberculose dans sa famille; bref, le diagnostic de lésion antérieure de la hanche, telle que coxalgie ou luxation congénitale de la hanche peut être absolument repoussé et il est certain qu'il s'agit ici d'une arthrite aiguë puerpérale de la hanche.

L'évolution même des lésions le démontre, puisqu'en trois mois l'immobilisation plâtrée en bonne position a abouti à la guérison par ankylose avec des signes radiologiques de reconstitution osseuse; pareils délais devraient être décuplés s'il s'était agi de tuberculose.

Nous nous permettons d'insister sur cette distinction diagnostique, parce que la radiographie a fait croire à une coxalgie à tous ceux à qui nous l'avons montrée. Et c'est là ce qui nous paraît faire l'intérêt de cette observation.

Une fois soulignée l'erreur classique de diagnostic du début, on pourrait discuter ici l'origine gonococcique d'une telle arthrite. Elle survint très près de l'accouchement, fut très destructrice, le liquide retiré de la hanche était stérile, et le streptocoque ne semble pas avoir été mis en évidence de façon indiscutable.

On ne peut donc facilement différencier les coxites puerpérales, et la clinique, quand les recherches bactériologiques ne sont pas probantes, est encore dans certains cas le meilleur argument.

Voici l'histoire rapportée par Grisel qui avait été frappé du spectacle dramatique que pouvait être une coxite puerpérale :

La malade est une toute jeune femme de 20 ans, sans aucune maladie antérieure, qui eut, il y a trois mois environ, un accouchement très laborieux, suivi rapidement de signes généraux d'infection avec gonflement énorme du membre inférieur gauche et douleurs violentes au cou-de-pied, au genou et à la hanche. Tout mouvement était impossible et provoquait d'horribles douleurs dans le membre tuméfié immobilisé en extension et rotation externe complètes. Au bout de 2 mois, le gonflement avait disparu, mais il restait une raideur de toutes les articulations du membre : pied, genou, hanche. La malade fut endormie et les articulations violemment mobilisées. Cette mobilisation fut facile au cou-de-pied et au genou, mais elle demeura très incomplète à la hanche.

Le lendemain, l'état de la malade était inquiétant et si l'hyperthermie était moindre qu'au début, les douleurs et le gonflement œdémateux du membre se reproduisirent aussi intenses.

C'est à ce moment que nous vîmes la malade, 3 mois à peu près après le début des accidents.

Le membre inférieur gauche était toujours immobilisé en extension complète avec rotation externe et un peu d'adduction. Son volume était augmenté par un œdème blanc, dur, élastique, qui effaçait les saillies et les dépressions normales. L'examen nous démontra cependant que les lésions des articulations du cou-de-pied et du genou étaient superficielles, que leur raideur était due à des lésions périphériques et qu'elles étaient légèrement mobiles.

Au contraire, la hanche était absolument fixée et tout déplacement de la cuisse était suivi de celui du bassin.

Le diagnostic était celui de rhumatisme infectieux puerpéral polyarticulaire terminé par une monoarthrite ankylosante de la hanche, dont la terminaison par ankylose est inévitable.

Un traitement régulier et bien fait, par le massage et la mobilisation, fut poursuivi pendant plusieurs mois; le pied et le genou retrouvèrent leurs mouvements, l'œdème du membre disparut, mais l'ankylose coxo-fémorale persista tout entière.

Peut-on supposer que du streptocoque serait resté assoupi ainsi dans

l'organisme sans faire plus parler de lui, et se serait réveillé tout à coup sous l'effet d'une mobilisation forcée, alors que nous connaissons bien ces méfaits pour le gonocoque dont la virulence peut demeurer atténuée des années et rebondir pour un traumatisme, une intervention, etc.

Hoffa, König, nous dit Silberstein, considéraient les observations de Paci comme d'origine gonococcique. Aussi n'est-on pas porté à conclure avec König, Bégouin, Silberstein, Henschen, Grisel, qu'il y a prédilection des coxites pour la période puerpérale et que la majorité des coxites puerpérales sont de nature gonococcique ?

FORMES DES ENFANTS.

Si la coxite blennorragique paraît rare chez l'adulte, elle semble exceptionnelle chez l'enfant, et lorsqu'on s'applique à quelques recherches dans la littérature, à des enquêtes dans les services hospitaliers, absolument inconnue de beaucoup de cliniciens.

Devant cette constatation on est tenté de se poser la même question que Fritz Wette en 1906 : « Pourquoi la gonococcie qui est cause d'arthrite si fréquemment chez l'adulte, l'est-elle si rarement chez le nouveau-né ? » Il concluait : « Les causes anatomiques et bactériologiques nous échappent encore complètement. »

Pourtant, plus encore que chez l'adulte, cette localisation de la blennorragie serait intéressante à connaître, à rechercher avec soin, à voir évoluer et à suivre dans ses manifestations très éloignées. Nous aurons l'occasion d'y insister, mais sachons dès maintenant que plus que chez l'adulte une hanche d'enfant touchée par le gonocoque est une hanche compromise dans son anatomie et dans sa fonction ; que plus souvent que chez l'adulte, et plus rapidement, la destruction est certaine et que par là la coxite gonococcique de l'enfance touche peut-être au problème si vaste, si mal éclairci encore, et qui donne lieu à tant de discussions, des luxations congénitales, des coxa plana, des coxa vara ou des ostéocondrites.

On peut actuellement recueillir dans la littérature environ 145 observations d'arthrites gonococciques chez des enfants ; or, parmi ces 145 cas, il n'y a pas plus de 13 coxites. Coopermann vient tout récemment d'en signaler 12 autres cas vus par lui en quelques mois ; c'est un chiffre surprenant, mais d'autant plus intéressant qu'il a presque une valeur de démonstration.

La plus ancienne observation retrouvée est celle de Hoeck en 1893, car nous n'avons pas voulu tenir compte d'une vieille observation de Brown de 1869, intitulée « arthrite rhumatismale », survenue chez une fillette de 8 ans et pour laquelle « on ne peut obtenir une histoire claire des débuts ».

Ce fut une maladie générale d'une durée de 3 mois et demi qui s'accompagna finalement d'une luxation de la hanche avec retour parfait à la santé.

Après l'observation de Hoeck paraissent : en 1896, celle très remarquable de Griffon avec autopsie et recherches bactériologiques; un cas de polyarthrite d'Armand et Moumont, 1897; en 1900, un cas de Hallé, fort bien étudié; en 1903, deux cas de Kimball de clinique très brève; en 1905, un cas de Drehmann; en 1910, ceux de Grisel et de Strandberg. Swoboda, en 1912, au cours d'une discussion, cite une coxite qu'il lui a été donné de voir chez un nourrisson, mais dont nous n'avons pu retrouver l'observation; en 1921, Bazy publie à la Société de Chirurgie une arthrotomie du genou, faite par Capette, pour une arthrite gonococcique vérifiée bactériologiquement chez une enfant de 14 ans et demi, dont la hanche fut également touchée; en 1926, Raspi Mario présente une polyarthrite chez un nourrisson où la ponction de l'épaule et de la cheville montra un pus à gonocoques et où à la hanche les lésions aboutirent à une luxation spontanée; enfin dernièrement, en 1927, c'est l'intéressante observation de Gunsberg avec ponction de l'article et présence de gonocoques dans le pus retiré.

Pourtant si sur 44 enfants atteints d'arthrites gonococciques, 12 ont fait des arthrites de la hanche ainsi que l'a vu Coopermann, soit dans la proportion de 26,3 pour 100, plus que pour l'adulte par conséquent, il ne conviendrait plus de dire comme Griffon autrefois que la localisation coxo-fémorale de l'enfance est d'une « extrême rareté ».

Fritz Wette avait bien eu cette parole heureuse : « Lorsqu'il existe une gonococcie chez la mère, il faut penser à cette étiologie au cours des coxites des nourrissons; les recherches bactériologiques peuvent être alors positives. »

Mais les traités classiques, les thèses sur les arthrites gonococciques des enfants, les meilleurs et les plus complets articles sur les arthrites aiguës infantiles de la hanche (Thorndike, Broca, Elmers Johnson, Benoiste-Pilloire, etc.) ne mentionnent pas le gonocoque comme agent étiologique ou lui dénie tout pouvoir pyogène (ce qui est une erreur), préfèrent incriminer le streptocoque avec la même ferveur qu'autrefois Lorain lorsqu'il disait : « On décrit encore aujourd'hui comme rhumatisme du nouveau-né des épanchements purulents dans les articulations que je revendique comme appartenant de droit à la puerpéralité » ou aujourd'hui, Benoiste-Pilloire parlant du pneumocoque, comme « cause initiale d'un certain nombre d'arthrites d'origine indéterminée ».

Toutes les observations de cet auteur ne sont malheureusement pas basées sur des contrôles bactériologiques suffisants.

En voici quelques preuves :

I. Il s'agit d'une enfant de 15 jours, amenée à Trousseau pour une affection aiguë de la hanche droite. Elle a été bien portante jusqu'au 12 mars 1895. Le 12 mars, à l'examen, on constate au pourtour de l'ombilic une ulcération qui suppure, dont

les bords sont enflammés, rouges, violacés. La hanche droite est en flexion, un peu œdématisée, la circulation veineuse collatérale très développée. La pression sur la hanche, les mouvements sont douloureux, sensation nette de fluctuation.

Incision immédiate parallèle aux muscles adducteurs, on tombe sur une vaste poche purulente extra-articulaire. Pus dans l'articulation. Incision de la capsule. Trépanation du col. Tamponnement. Mort 4 jours après.

II. P. Yves, âgé de 6 semaines.

Né à terme, accouchement normal. Dès la sortie de la maison de santé, la mère s'aperçoit que l'enfant n'allonge pas sa cuisse gauche. L'état général est satisfaisant, cependant l'enfant dort moins bien et crie lorsqu'on remue son membre inférieur gauche.

A l'examen, la cuisse est immobilisée en flexion et légère adduction.

L'articulation de la hanche est empâtée, douloureuse, fluctuation dans les adducteurs.

Le 28 mars, cet abcès n'a pas tendance à grossir. Une ponction est cependant pratiquée qui permet de retirer quelques gouttes d'un liquide séro-purulent.

Le 31 mars, toute la racine de la cuisse est empâtée, mais on ne perçoit plus de fluctuation.

Le 4 avril, un peu de fluctuation. Le membre inférieur gauche est placé en extension.

Le 30 avril, revenu à la normale au point de vue clinique.

A la radiographie : pas d'épiphyse. A gauche : fémur plus écarté du bassin qu'à droite, un peu remonté, toit du cotyle un peu plus oblique.

Doit-on admettre avec les auteurs que de telles arthrites sont forcément pneumococciques. Il ne nous suffit pas de savoir que le « pneumocoque vit en saprophyte chez le nourrisson » pour nous prouver son rôle pathogène dans tous les cas. L'infection par le gonocoque peut donner aux coxites des aspects cliniques absolument identiques et la plaie ombilicale du premier nourrisson a pu être aussi bien à gonocoques qu'à pneumocoques.

Une observation de Bouchut, dans son *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, nous montre un enfant du sexe masculin succombant à 15 jours d'une polyarthrite sans étiologie recherchée.

« A l'autopsie : les articulations coxo-fémorales droites, les deux fémoro-tibiales, la tibio-tarsienne et la radio-carpienne gauches étaient remplies de pus. Les cartilages étaient d'un jaune terne, sans altération appréciable de leur tissu. La peau de la face dorsale de la radio-carpienne offrait une plaque rouge. Point d'abcès dans les muscles, ni dans les poumons. »

Benoiste-Pilloire nous affirme que les arthrites streptococciques ou pneumococciques sont rarement polyarticulaires à ce point. Or, nous savons que c'est au contraire une forme fréquente de la gonococcie et comme nous regrettons encore ici l'examen qui aurait pu nous éclairer.

Gasne a prétendu que si les arthrites pneumococciques de la hanche chez l'enfant sont si fréquemment méconnues, c'est que « le plus souvent ce sont des ostéo-arthrites, par conséquent opérées d'urgence, et sans examen bactériologique ».

Ces arguments valent pour les coxites gonococciques et l'on pourrait dire que celles-ci, surtout dans le jeune âge, sont, comme nous essaierons

de le montrer, des ostéo-arthrites, par conséquent des formes graves, et que bien des cas considérés comme étant à streptocoques ou à pneumocoques, et opérés comme tels, sont peut-être plus souvent qu'on ne pense des arthrites à gonocoques.

Pour le prouver dorénavant, l'effort devrait porter sur deux points :

- 1^o La recherche minutieuse de la porte d'entrée microbienne;
- 2^o Des examens bactériologiques plus fréquents.

L'ophtalmie du nourrisson, la vulvite sont des faits bien connus et sur lesquels on a déjà suffisamment insisté, mais l'uréthrite du petit garçon, la rectite si fréquente aux dires de Strandberg, de Kimball et de Coopermann mériteraient qu'on s'appliquât à les rechercher.

En second lieu, à l'heure actuelle, à tout prélèvement devrait correspondre une recherche bactériologique; ceci permettrait peut-être de considérer comme moins exceptionnels des faits que la clinique seule ne suffit plus à différencier, car ce sont arguments bien légers de dire que, selon les microbes, certaines arthrites sont à prédominance polyarticulaire, ou à état général plus grave, ou à atteinte osseuse plus fréquente.

Nous n'avons trouvé dans les observations de coxites gonococciques infantiles que quatre examens microbiens, mais qui, à eux seuls, prouvent l'intérêt de la recherche.

Griffon en 1896, soignant une arthrite à épanchement de la hanche chez un nourrisson de 3 semaines atteint d'ophtalmie et de vulvite, pratiqua une ponction de la hanche. « Sur les lamelles, écrit-il, leucocytes nombreux et quelques gros diplocoques entre les cellules ou dans leur intérieur; mais ceux-ci ne sont pas disposés en amas véritables et il est impossible de dire s'il s'agit là de gonocoques. » L'hémoculture fut négative, mais à l'autopsie le pus abondant épais, visqueux et grumeleux que la ponction n'avait pu qu'imparfaitement aspirer était rempli de gonocoques.

Kimball à son tour nous rapporte le cas suivant :

Un garçon de 2 mois entre pour syphilis, il a dans la bouche et sur les bras des éléments vésiculeux. Il n'existe ni conjonctivite ni uréthrite. On trouve du pus dans les hanches, les genoux, les chevilles, les épaules, des gonocoques dans ce pus ainsi que dans la bouche.

Enfin, tout récemment, Gunsberg, ponctionnant une arthrite coxo-fémorale chez une petite fille de 18 jours atteinte d'ophtalmie purulente, trouvait un liquide « sanguinolent, purulent, dont le simple étalement révèle la richesse en gonocoques ».

Nous ne voulons pas insister ici sur les notions étiologiques de *sexe* ou d'*âge*; sachons seulement que la coxite est beaucoup plus fréquente chez le nourrisson, puisque sur 25 cas nous avons 21 fois des enfants dont le plus âgé a 2 mois et demi, mais n'oublions pas que nous ne connaissons pas la coxite gonococcique de l'enfant plus âgé.

Dans cette affection, le nombre des petites filles l'emporte nettement sur celui des garçons : 17 filles pour 7 garçons. Quant à la forme mono-articulaire, elle est assez fréquente, semble-t-il, à la hanche.

Cliniquement, la coxite gonococcique de l'enfance n'a rien que nous voulions souligner particulièrement, sauf peut-être, et surtout chez le nourrisson, sa tendance très nette à la suppuration. Ceci a déjà depuis longtemps été noté pour toutes les arthrites aiguës de la hanche, sans qu'on soit arrivé à fournir une explication satisfaisante.

Un fait particulier au tout jeune âge, sur lequel insistait Coopermann, est l'existence de courbures vertébrales constantes accompagnant l'arthrite coxo-fémorale.

Invariablement gauches ou droites, droite si la hanche atteinte était la gauche et inversement; dans les cas comprenant l'atteinte simultanée bilatérale, il se produisait une cyphose angulaire rigide, l'apex étant à la jonction lombo-dorsale. Ces courbures dues à la contracture du psoas-iliaque sur la colonne vertébrale infantile graduellement corrigées par le plâtre disparaissaient avec l'inflammation coxo-fémorale.

Il y a chez l'enfant à tout âge, comme chez l'adulte, des coxites aiguës à grand fracas, il en est de subaiguës qui guérissent fort bien et sans séquelles, et d'autres encore, chez le nourrisson surtout, qui, sans grands phénomènes généraux, sans température aucune, malgré l'épanchement purulent, aboutissent à la mort (Griffon). Kimball nous en rapporte ainsi un cas curieux. Il s'agit d'un garçon de 2 mois qui, sans porte d'entrée décelable, présente une polyarthrite à gonocoques. Les hanches seules cliniquement ne sont pas atteintes, mais à l'autopsie (la maladie a duré 3 semaines) les deux coxo-fémorales sont elles aussi pleines de pus.

Les formes d'arthrites gonococciques chroniques de l'enfance passent pour rares (Sorrel) et à la hanche paraissent encore plus exceptionnelles, nous dit Perrenot.

Nous n'en avons pas relevé, mais pourquoi n'existeraient-elles pas si l'on admet avec Froelich que toute arthrite infectieuse peut aboutir même chez l'enfant aux arthrites sèches et traînantes.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet un peu plus tard.

Mais ce qui importe surtout dans la coxite gonococcique du jeune âge, c'est que nulle part comme chez l'enfant, surtout chez le nourrisson du fait sans doute de la moindre résistance de son articulation, les destructions osseuses ne sont aussi fréquentes et la luxation l'aboutissement presque fatal de l'affection.

Si nous n'en avons trouvé relatés que deux cas nets dans la littérature, Coopermann vit en quelques mois et pour ainsi dire sous ses yeux en évoluer douze, dont une bilatérale, et toutes chez des nourrissons. Ces chiffres sont impressionnants, et devraient, après ce que nous avons pu constater chez l'adulte, amener à des recherches plus complètes.

Nous voudrions maintenant pour finir, rapporter trois observations qui nous instruiront plus de l'allure clinique de la coxite gonococcique de l'enfant que toute une longue énumération de signes.

L'une, de Coopermann, nous montrera une arthrite aiguë avec luxation chez le nourrisson, et tous les diagnostics auxquels elle a prêté;

Une autre de Grisel nous démontrera la possibilité des formes ankylosantes de l'enfance;

Celle enfin de Hallé a la plus belle allure clinique qu'il nous ait été donné de relever.

1° *Coopermann*. — Enfant, fille, sortie le 11^e jour de la Maternité avec une température à 100° F. et un index gros : deux jours après, pertes vaginales profuses notées par la mère et un membre inférieur gauche douloureux et comme paralysé. Un



Fig. 15. — Luxation pathologique de la hanche gauche chez un nourrisson à la troisième semaine de l'infection (*Coopermann in Mondor*).

médecin fait le diagnostic de paralysie infantile, un autre pense qu'il y a fracture du fémur, parce que la partie supérieure de la cuisse est grosse et sensible. Une radiographie montre une luxation de la hanche gauche.

Le diagnostic vrai fut finalement fait à l'hôpital général de Philadelphie quand l'enfant fut âgée de 4 semaines.

2° *Grisel*. — Marcelle L... est une fillette normalement développée, en bonne santé apparente, âgée de 7 ans. Ses parents sont bien portants; elle-même n'a jamais eu d'autre affection qu'une légère rubéole en décembre 1906, à l'âge de 6 ans.

Cette fièvre éruptive fut compliquée d'une otite gauche suppurée rapidement guérie. Depuis quelques mois, les parents ont constaté que l'ouïe était diminuée du côté droit.

Le 21 novembre 1907, veille du début de la maladie, l'enfant passe la journée chez son grand-père, convalescent d'une forte attaque d'entérite grippale.

Le 22 novembre 1907, la malade est réveillée par une très vive douleur de l'oreille droite qui cesse d'ailleurs bientôt et ne se reproduit plus. Il reste un malaise accentué et l'enfant refuse d'aller à Paris au Lycée.

Le lendemain 23 novembre, l'état est inquiétant : le D^r P..., appelé, note une température rectale de plus de 40° et, soupçonnant quelque lésion pulmonaire, prescrit des enveloppements humides et des bains à 32°.

Le surlendemain 24 novembre apparaît un gonflement du cou-de-pied droit avec violente douleur. Température 40° le matin, 39°, 3 le soir. Suppression des bains, 1^g de salicylate en potion.

Deux jours après, les manifestations articulaires tibio-tarsiennes sont très atténuées et la température oscille autour de 38°, mais le 28 novembre, 6 jours après le début, le genou droit augmente de volume, devient très douloureux et la température se relève pour atteindre 40°, 6 le soir du 30 novembre.

Ce jour-là, le D^r Méry, appelé en consultation, ne trouve pas d'épanchement dans le genou et porte le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux d'origine grippale. La dose de salicylate est portée à 2^g, 50 par jour, mais le succès étant douteux, il est remplacé les jours suivants par du salophène.

Pendant les premiers jours de décembre, la température redescend vers 38°, mais le genou reste gonflé et si douloureux que le membre doit être immobilisé dans une gouttière métallique et entouré d'un pansement ouaté.

Le 6 décembre, la douleur et le gonflement du genou sont moindres, mais une douleur très vive immobilise maintenant la hanche droite, la température reste entre 38° et 38°, 5, l'hyperthermie restant moindre que pour les deux précédentes manifestations articulaires. C'est le 15^e jour de la maladie.

Le 11 décembre, le professeur Marfan, appelé en consultation, trouve du gonflement de la partie supérieure de la cuisse, et constate que, malgré les vives douleurs de l'enfant, l'articulation coxo-fémorale droite est encore libre, puisqu'il peut fléchir la cuisse sur le bassin.

Le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux est confirmé.

Traitement : friction de collargol, aspirine, quinine.

Les jours suivants, la douleur et le gonflement de la hanche persistent, augmentent même vers le 18 décembre tandis que la température reste à 38° et 39°. Puis une amélioration se produit, mais le genou droit est atteint de nouveau et gonfle, le 21 décembre.

Le 30 décembre, nous sommes appelé, et voici le résultat de notre examen :

L'enfant est un peu pâle et amaigrie. La température est de 38°, 3. Elle souffre encore de la hanche droite. Aucun trouble viscéral apparent.

Le membre inférieur droit est sorti de sa gouttière : au cou-de-pied et au genou, il y a de l'empâtement léger, un peu d'infiltration des téguments, mais aucun épanchement articulaire, aucun épaissement synovial. Les manifestations antérieures ont donc été légères et surtout périarticulaires; elles sont actuellement guéries.

La hanche droite est immobilisée, en extension incomplète avec un peu d'adduction et de rotation interne. Elle est spontanément douloureuse par accès, mais c'est surtout par la palpation qu'on détermine de la douleur autour du grand trochanter, et un peu au-dessus de l'arcade crurale. Au niveau de la tête fémorale, il n'y a pas de gonflement et la douleur provoquée est faible. L'empâtement de la racine de la cuisse est

peu apparent, il siège surtout en dehors, autour de l'extrémité supérieure du fémur. Nous avons l'impression d'une périarthrite infectieuse diffuse et nous prescrivons l'enveloppement humide étendu du membre, qui eut pour heureux résultat d'abaisser définitivement la température, ce qu'aucun médicament n'avait pu réaliser jusqu'alors.

Le 1^{er} janvier 1908, sans douleur ni hyperthermie, le cou-de-pied droit enfle de nouveau, et cette infiltration disparaît en quelques jours.

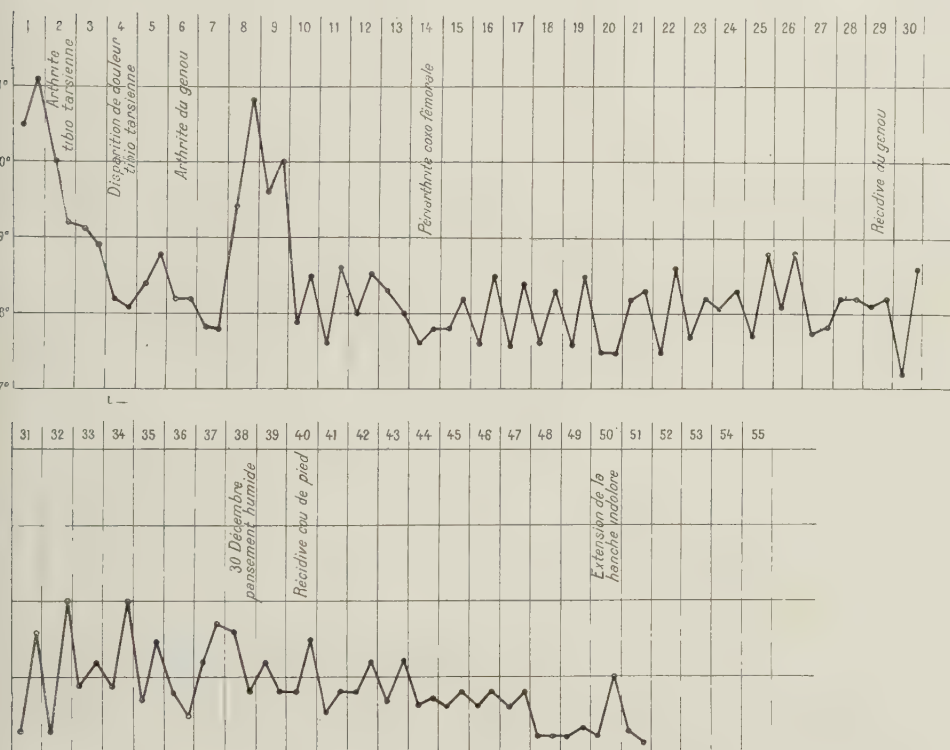


Fig. 16. — Arthrite aiguë coxo-fémorale chez une fillette de sept ans ayant évolué vers l'ankylose au cours d'une polyarthrite fébrile infectieuse (Grisel).

Le 10 janvier, l'enfant n'a plus de fièvre, ne souffre presque plus. Mais la hanche droite est toujours immobilisée et sa tendance à l'adduction avec flexion légère et rotation interne s'exagère. Nous pouvons avec un peu de violence fléchir la cuisse sur le bassin au delà de l'angle droit. Il y a *trente-quatre* jours que l'articulation coxo-fémorale est douloureuse et immobilisée, et craignant les suites de cette monoarthrite, nous appliquons un appareil à extension continue dont le poids a varié de 2^kg, 500 à 3^kg, 500.

Le 11 février, l'état général est excellent, il y a une augmentation de l'appétit, une gaieté caractéristique de la convalescence d'une maladie infectieuse.

La hanche n'est plus douloureuse, mais l'extension continue ne modifie pas son attitude vicieuse, et sa raideur a augmenté; nous ne pouvons plus, comme un mois avant, fléchir la cuisse sur le bassin.

Pendant la deuxième quinzaine du mois de février, on lutte par les massages, les mouvements passifs, l'extension continue contre une ankylose coxo-fémorale qui nous semble inévitable; mais le succès est nul.

L'adduction existe toujours et la mobilité est absente.

Le 29 février, convaincu de la nécessité d'assurer au membre une bonne direction et de l'impossibilité et du danger d'une mobilisation violente, nous endormons la malade, nous plaçons avec peine le membre en extension et adduction légère et nous l'immobilisons dans un appareil plâtré.

Le 4 mars, sans fièvre ni douleur, le cou-de-pied droit présente de nouveau une enflure qui disparaît en quelques jours.

Après plusieurs semaines d'immobilisation, la marche est permise avec l'appareil plâtré, puis cet appareil lui-même est enlevé. Nous trouvons la hanche toujours fixée, mais cette fois en bonne position.

Pendant les mois d'avril, de mai, de juin, massages et mobilisation par un gymnaste norvégien très instruit et consciencieux. Succès nul. Nous ne trouvons pas de mobilité à la hanche.

La malade est conduite au Dr Jalaguier, qui semble avoir été moins pessimiste que nous, et qui conseille de s'en tenir aux massages avec électrisation et tentatives très prudentes de mobilisation.

Actuellement, en décembre 1909, malgré tous les soins, *deux ans* après le début de la maladie, notre diagnostic de *monoarthrite ankylosante* et surtout notre pronostic se trouvent vérifiés.

La hanche droite est incapable de tout mouvement même passif et il est noté que peu à peu le membre revient à sa situation vicieuse du début, en adduction et rotation en dedans. L'état général de l'enfant est d'ailleurs excellent, et elle n'a jamais éprouvé de nouvelles souffrances articulaires.

Examen des organes génitaux externes. Rougeur et humidité de la face interne des grandes lèvres, la mère assura qu'à plusieurs reprises elle avait constaté un léger suintement vulvaire.

Examen bactériologique pas fait. En tout cas pas d'écoulement véritable.

3^e Hallé. — Alice M..., âgée de 7 ans, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades le 21 août 1899, dans le service de M. le professeur Gaucher pour une arthrite de la hanche de date récente, et rendant la marche absolument impossible. L'enfant est amenée dans les bras de sa mère et l'articulation malade est si douloureuse que les moindres mouvements arrachent des cris à la petite malade.

L'examen, le jour de l'entrée, donne les renseignements suivants :

C'est une fillette assez pâle, sans fièvre, intelligente, mais difficile à examiner, car elle redoute toute exploration et pousse des cris de douleur dès qu'on touche le membre malade. L'enfant est étendue au lit, la cuisse gauche fortement fléchie sur le bassin avec un notable degré d'adduction de la cuisse. L'exploration méthodique de la région malade montre les signes d'une arthrite aiguë de l'articulation coxo-fémorale gauche. La région de la hanche est légèrement empâtée et dans l'aîne on trouve deux à trois ganglions lymphatiques un peu augmentés de volume. La palpation est très douloureuse. Les mouvements d'abduction de la cuisse sont impossibles. On sent nettement dans les efforts pour provoquer l'abduction un degré marqué de contracture dans les adducteurs. On ne peut allonger la jambe malade, et les essais de flexion de la cuisse sur le bassin montrent que le bassin seul est mobile : il existe un peu d'atrophie des fessiers, la recherche de la ligne de Nélaton fait voir que le trochanter a gardé sa position normale. Ce qui frappe surtout dans cette arthrite, c'est l'extrême douleur spontanée accusée par la malade, douleur qui n'est pas habituelle à un si haut degré dans les arthrites tuberculeuses.

Le reste de l'examen de l'enfant offre moins d'intérêt.

L'exploration des organes thoraciques montre l'intégrité des poumons et du cœur. Les autres organes paraissent sains; il n'existe aucun signe de tuberculose osseuse, cutanée ou viscérale. Il n'y a pas de fièvre. La seule chose qui frappe, c'est l'existence d'un écoulement vulvaire assez abondant, assez difficile à voir, tout d'abord à cause de la position prise par la jambe de la malade qui, placée en adduction et en flexion, cache les parties génitales.

La mère interrogée sur les antécédents de l'enfant et le début de la maladie actuelle donne les renseignements suivants :

A. H. — La mère est bien portante; il y a deux autres enfants bien portants. Le père se porte bien, mais vit séparé de sa femme.

A. P. — La petite malade, née à terme, a marché à un an et a été élevée en nourrice. Depuis son retour de nourrice, la santé de la fillette a subi plusieurs assauts. Confiée à sa grand'mère, elle contracte chez elle un écoulement vulvaire qui n'a jamais guéri. Elle a été enlevée à sa grand'mère à la suite d'une affaire judiciaire. L'enfant a eu les oreillons, la coqueluche, la rougeole et a guéri de toutes ces maladies, sauf de sa vulvite qui persiste encore actuellement.

La mère, qui a d'abord essayé de soigner cette vulvite et a consulté à l'hôpital Trousseau, a renoncé depuis quelque temps à tout traitement. Le début des accidents aigus du côté de la hanche remonte à 8 jours environ. L'enfant avait été conduite au bain; au retour elle se plaignit de la jambe; le soir la fillette boitait beaucoup; le lendemain il fallut la laisser au lit et depuis 8 jours le mal a pris de telles proportions que le moindre mouvement arrache des cris à l'enfant qui est couchée au lit, la jambe et la cuisse fléchies, dans l'impossibilité de bouger. C'est dans cet état que la malade est conduite à l'hôpital.

Évolution de la maladie. — Le jour de l'entrée, le diagnostic était un peu indécis. L'idée d'une coxalgie venait d'abord à l'esprit; on avait, en effet, réunis chez cette malade tous les signes de l'arthrite coxo-fémorale; cependant le début brusque, l'intensité des phénomènes douloureux, l'absence de douleur dans le genou et d'une phase prémonitoire de boiterie, enfin surtout la présence d'une vulvo-vaginite nous firent porter le diagnostic d'arthrite blennorragique de la hanche.

Le traitement institué fut donc dirigé surtout contre la blennorragie. On prescrivit des lavages vaginaux quotidiens au permanganate de potasse à 1 pour 100. On ne tenta pas de redresser la jambe malade; mais on appliqua sur l'articulation un pansement humide avec des compresses d'eau blanche.

Examen bactériologique. — Le lendemain 22 août, avant la lavage vaginal, il fut prélevé dans le vagin un peu de pus pour l'examen bactériologique; cette analyse confirma le diagnostic de vulvite blennorragique. Les lames montrèrent en abondance et à l'état de pureté un microorganisme ayant tous les caractères du gonocoque de Neisser. Le pus futensemencé sur plusieurs tubes de culture contenant le milieu de Wertheim (agar ascite). Les cultures montrèrent des colonies de gonocoque à l'état de pureté.

L'évolution ultérieure de la maladie confirma également le diagnostic d'arthrite blennorragique de la hanche.

Trois jours après l'entrée, les douleurs spontanées de l'articulation avaient un peu diminué; il fut possible d'explorer plus à l'aise l'articulation malade et d'obtenir une meilleure position de la jambe. Les lavages vaginaux, très gênés les premiers jours à cause de la mauvaise position de la cuisse, devinrent plus faciles et l'on put un peu écarter le membre malade.

Au bout d'une semaine, l'enfant pouvait allonger la jambe et se tenir debout sans trop souffrir. Le 9 septembre l'enfant fit quelques pas en boitant, mais sans trop

souffrir. L'écoulement vulvaire ayant beaucoup diminué, on cessa les lavages au permanganate de potasse; mais l'écoulement réapparut le 20 septembre et l'on dut revenir aux injections. Les signes d'arthrite coxo-fémorale s'améliorent beaucoup à partir de cette époque.

Au début d'octobre, l'enfant put commencer à se lever; elle boitait encore légèrement et gardait de l'atrophie de la fesse et de la cuisse. Vers le milieu d'octobre, tout signe d'arthrite a disparu. L'enfant quitte l'hôpital le 10 novembre absolument guérie de son arthrite, mais gardant un peu de vulvite entretenue par des habitudes de masturbation. »

Luxations pathologiques, ankyloses complètes, arthrites chroniques peut-être et déformations définitives ne sont pas le seul côté sombre du pronostic. Il y a aussi l'issue *fatale*, surtout chez le nourrisson, où nos recherches nous amènent à un pourcentage de 50 pour 100, la mort survient malgré des allures cliniques quelconques qui interdisent par conséquent de méconnaître cette affection chez l'enfant, et de la tenir pour peu grave.



COMPLICATIONS.

LUXATIONS.

C'est la grande complication des coxites gonococciques, celle que l'on doit craindre, systématiquement rechercher, qui domine tout le pronostic et tout le traitement de ces arthrites.

En 1891, Karewski devait rapporter un cas extrêmement intéressant, plein d'enseignements cliniques qu'il intitula luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite gonococcique et qui, suivi de résection, permit à cette époque d'étudier parfaitement les lésions anatomiques. Voici cette observation résumée :

Femme de 41 ans, bien portante jusqu'alors, pas d'antécédents à signaler, mariée depuis 11 ans; 5 enfants bien portants.

Pendant une sixième grossesse qui débuta en juin dernier, apparut, en janvier (7^e mois), une leucorrhée abondante, affection qui l'avait toujours épargnée depuis son mariage.

Le 9 février, apparition subite, sans aucune cause, de douleurs très vives de la hanche gauche et de la cuisse, douleurs si intenses qu'elle ne put faire aucun mouvement et qu'on dut la coucher dans son lit.

Un médecin appelé la soigne par des pansements chauds, le repos au lit, une poudre (?) Peu à peu on constate que son genou se dévie en dehors, en flexion, et le même médecin essaye d'enrayer ceci par un coussin bien maintenu.

Le 22 février, accouchement prématuré d'un enfant vivant qui fut atteint d'ophtalmie purulente et mourut de furonculose à 11 semaines.

Après l'accouchement, aucune amélioration, au contraire aux douleurs coxales s'ajoute une cystite très intense.

Au milieu de mars, la douleur ayant résisté à tous les traitements, on se décide à faire un plâtre en extension et la malade en est améliorée.

Au bout d'un certain temps, ablation du plâtre, la malade ne peut marcher qu'en souffrant terriblement et de plus elle boite avec un gros raccourcissement.

Pendant toute cette période la fièvre semble avoir été presque nulle et n'a jamais été vérifiée.

Examen le 26 juin. — Femme amaigrie, assez faible, aucun élément d'examen en faveur de la syphilis ou de la tuberculose; apyrétique; pertes vaginales abondantes, uréthrite, érosions du col, Douglas infiltré, annexes libres.

La jambe gauche est raccourcie de 5^{cm}, le membre est en flexion et abduction marquée, avec lordose de compensation, si bien qu'en mettant le rachis à plat on a un angle à 100° de la cuisse sur le bassin. Le grand trochanter est surélevé de 3^{cm} au-dessus de la ligne de Nélaton Roser.

La musculature du membre est très nettement atrophiée. L'articulation ne permet aucun mouvement actif et tous les mouvements passifs sont très douloureux. De plus, il y a douleur à la pression, mais on ne sent pas de tuméfaction des parties molles.

La malade souffre au moindre mouvement. Elle ne peut marcher qu'avec deux béquilles sans aucun appui sur le côté malade. Elle ne peut se retourner seule dans son lit.

L'examen sous anesthésie montre :

La fixation de l'attitude vicieuse en ankylose;

La possibilité d'exécuter avec beaucoup de force quelques mouvements de rotation;

La vacuité de la cavité articulaire.

Il s'agissait donc d'une luxation spontanée au cours d'une monoarthrite. L'étiologie n'en fut éclairée que quand l'interrogatoire nous eut appris la leucorrhée, la conjonctivite de l'enfant. L'examen du mari nous apprend cette fois de manière certaine qu'il avait contracté en voyage une uréthrite de nature évidente.

Du reste, les caractères des arthrites gonococciques (début brusque, douleur intense) se retrouvent ici. Sans doute y avait-il eu un épanchement important, et grâce à l'absence de tout traitement utile, la luxation était apparue et s'était aggravée.

L'extension continue ayant échoué, je recourus à l'intervention. Elle fut pratiquée par Langenbeck qui trouva :

La tête au-dessus du bord du cotyle, le ligament rond rompu et disparu;

La glène est comblée par un tissu conjonctif mou, son cartilage a disparu; elle a une profondeur très augmentée;

Le revêtement de la tête est détruit, on ne trouve plus que des îlots cartilagineux qui apparaissent comme des zones blanches et nacrées sur l'ensemble rugueux et dénudé de l'os. Ces zones dénudées sont souvent recouvertes d'un enduit mollasse qui est en regard des masses accumulées dans le fond de la glène.

A l'union de la tête et du col, quelques ostéophytes; de plus on voit encore à l'extrémité supéro-externe de la tête, à son union avec le col, un sillon de 5^{cm} de long, de 3^{mm} de large, de surface à peu près lisse qui donne l'impression d'être sculpté dans la tête et pour la formation duquel on peut admettre que la tête disloquée s'oppose au cotyle, si bien que son rebord a gravé ce sillon grâce à la destruction préalable du cartilage. La localisation de ce sillon est d'accord avec nos recherches pour une position du membre en flexion, abduction, rotation externe, ce qui était le cas.

Le résultat fonctionnel chez cette malade a été inespéré.

Mais ces luxations pathologiques ont été peu étudiées jusqu'ici. M. Mondor il y a deux ans, signalait leur importance et inaugurerait l'étude des luxations gonococciques. Leur étude va se poursuivre puisque cette année M. Le Fort de Lille vient de faire au dernier Congrès d'orthopédie (octobre 1928) un rapport sur la question des luxations pathologiques simples de la hanche.

Ces complications ne sont pas cependant de connaissance récente, puisque c'est à Hippocrate que nous en devons la première mention.

De nombreux auteurs s'y intéressèrent successivement : J.-L. Petit (en 1722), Le Sauvage de Caen (1835), Bonnet (1840), Parise (1842), Verneuil (1883), Forgue et Maubrac (1886), Kummer (1898). Nous ne faisons que citer ici les principaux.

Nous avons aussi sur le sujet quelques thèses bien faites : celles de Didier (1880), Degez (1899), Étienne, Gauléjac, Schlaaf, Flament, Sanières, ou des études assez poussées comme l'article de Cumston, etc.

En 1879, Gosselin avait, à propos d'un cas personnel de coxite gono-

coccique, émis une opinion intéressante à retrouver aujourd'hui, mais qui, à son époque, ne paraît pas avoir beaucoup attiré l'attention.

« Une particularité propre à l'articulation de la hanche, c'est la luxation spontanée qui se produit par le déplacement du fémur sur l'os iliaque par suite de l'organisation du liquide épanché.

» Le Sauvage de Caen et Parise de Lille ont très bien décrit la luxation spontanée du fémur; mais ce qu'ils n'ont pas assez dit, c'est que cette



Fig. 17. — Importante luxation à la suite d'une arthrite aiguë *post abortum*. Radiographie faite vingt et un mois après le début. Tête fémorale atrophiée, irrégulière s'articulant avec une nouvelle facette coxale.

infirmité est surtout liée à la blennorrhagie qui constitue la cause pathogénique de ces épanchements articulaires abondants et à marche rapide. »

Si la pathogénie invoquée nous paraît maintenant moins certaine, ces paroles ont cependant de la valeur pour l'époque.

Le cas de Karewski fut toutefois pendant longtemps le seul cas connu d'arthrite coxo-fémorale blennorragique compliqué de luxation pathologique, et c'est le seul auquel fassent allusion les thèses. Pourtant, Bennecke en 1899 écrivait : « Il semble que la hanche est un siège favori des lésions malignes amenant des destructions rapides et graves...; elles entraînent

un ramollissement osseux rapide avec destruction du cartilage et la pression latérale constante des surfaces articulaires permet l'enfoncement de la tête dans le cotyle avec élargissement de celui-ci se traduisant cliniquement par l'ascension du grand trochanter. L'extension continue a pour but de mettre les surfaces articulaires au repos », ajoutait-il fort clairvoyant, et il citait le cas d'une jeune fille, vue seulement à la sixième semaine de l'affection, qui n'avait pas été mise en extension et qui se présentait avec un raccourcissement énorme de 4^{cm}.

Un autre malade, jeune garçon de 22 ans, qui était parti de l'hôpital après 10 semaines de maladie, bien portant mais ankylosé de la hanche, était revu 16 mois plus tard dans un triste état et avec un raccourcissement de 2^{cm}.

Degez, et à sa suite tous les auteurs français, ignorèrent ces nouveaux cas de Bennecke.

En Allemagne, et grâce à König encore, cette complication ne restait pas à ce point inconnue. Mais on s'étonne de trouver ces paroles dans Breus et Kolisko : « La coxite blennorragique ne conduit pas forcément à l'ankylose et *jamais* à la luxation. »

Pourtant König, sur ses 20 cas de coxites, en avait vu un tiers avec subluxeation et il ajoutait non sans raison : « Je ne crois pas que la proportion en soit telle dans aucune autre forme de coxite. »

Il reste donc très surprenant que d'importantes communications, comme celle de Cumston en 1910, au Congrès français de Gynécologie de Toulouse sur les luxations spontanées de la hanche à la suite des maladies aiguës, comprenant une grosse statistique personnelle de 91 cas fasse une part si petite à la gonococcie avec seulement 2 cas.

Mal connues chez l'adulte, elles seraient encore davantage ignorées chez l'enfant, — puisque Flament, dans une Thèse très documentée, n'en parle pas malgré un cas typique de Drehmann de 1905, — si Coopermann, que nous devons citer à nouveau ici, ne venait d'apporter sa très importante contribution avec une statistique de 12 luxations chez ses nourrissons gonococciques.

M. Mondor rapportait au Congrès de Chirurgie de 1926 que toutes les coxites graves qu'il avait vues à cette époque avaient toutes été compliquées de luxation pathologique, l'une même s'étant produite sous ses yeux.

La Thèse de Coudray, inspirée par ces faits, réunissait 20 cas de luxation pathologique de la hanche dus au gonocoque.

Dans la statistique que nous avons établie d'après les observations recueillies, nous arrivons à 37 cas chez l'adulte, 13 cas chez l'enfant, auxquels nous ajoutons personnellement 7 luxations intracotyloïdiennes, ce qui fait en tout 57 cas de luxation.

La pauvreté des anciennes statistiques est donc considérable, mais à leur

lecture apparaît un fait très frappant : la place prépondérante faite au rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie des luxations pathologiques.

Kummer : Fièvre typhoïde, 28 cas; rhumatisme articulaire aigu, 18 cas.

Degez : Fièvre typhoïde, 32 cas; rhumatisme articulaire aigu, 24 cas.

Cumston : Fièvre typhoïde, 34 cas; rhumatisme articulaire aigu, 28 cas.

Bertein : Fièvre typhoïde, 27 cas, dont 23 luxations de la hanche;

rhumatisme articulaire aigu, 26 cas, dont 23 luxations de la hanche.

Forgue et Maubrac le signalent même comme occupant le premier rang dans la genèse des luxations pathologiques.

Les Traités classiques nous apprennent pourtant maintenant que le rhumatisme articulaire aigu « prend le malade intact et le laisse intact », et que, quelle qu'ait été la violence de la réaction articulaire, « la guérison complète et totale peut surprendre ». Mais comme toujours, avec les anciens auteurs, « la description des faits est irrécusable, l'interprétation de ces faits est incomplète » (Kienböck.).

Bouillaud en 1840, dans son *Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu*, écrit : « Au lieu d'être contiguës et mobiles comme à l'état normal, les surfaces articulaires peuvent contracter entre elles des cohérences générales ou partielles. Elles se soudent, s'ankylosent à la manière de deux surfaces ulcérées mises en contact...; dans quelques cas, il tend à se produire, il se produit même soit des luxations incomplètes, soit des luxations complètes. »

Verneuil avait exposé magnifiquement dans son Mémoire à la Société de Chirurgie de 1883 ces luxations au cours du rhumatisme et sa description avait impressionné les auditeurs :

« Un malade exempt de toute manifestation scrofuleuse est atteint de rhumatisme articulaire fébrile, ou d'arthrite monoarticulaire aiguë; les douleurs sont violentes, le membre est dans une attitude vicieuse; un jour les douleurs cessent presque brusquement, on examine l'articulation et l'on y constate une déformation considérable, tout à fait semblable à celle qui caractérise la luxation traumatique. Si l'on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni ostéite ni suppuration mais une difformité persistante; si l'on réduit, on rend immédiatement au membre sa forme, sa direction, sa longueur; et au bout d'un certain temps la guérison est obtenue. »

M. Sainton, en 1892, s'étonne qu'on « trouve à peine mention de cette complication du rhumatisme dans les articles ou les traités les plus récents. Cette lacune tient probablement, affirme-t-il, à deux causes principales; d'abord à ce qu'elles s'observent principalement dans le jeune âge, et ensuite à ce que ce sont surtout les chirurgiens qui ont eu à s'en occuper à l'occasion du traitement ».

Et encore en 1898, dans une étude sur « les luxations subites coxo-fémo-

rales dans les arthrites des maladies aiguës », Caboché admirait grandement la description de Verneuil en continuant à la tenir pour vraie. Ainsi les notions de luxations rhumatismales se perpétuaient, et les statistiques se recopiaient indéfiniment et sans critique.

Verneuil avait bien précisé qu'il s'agissait souvent « d'arthrite mono-articulaire aiguë », Didier que « ce sont les arthrites rhumatismales intenses et fixées dans une seule articulation et celles sous la dépendance de la puerpéralité qui prédisposent à la luxation », aussi aujourd'hui, à une lecture attentive, bien des anciennes observations nous paraissent devoir être rapportées à la blennorragie.

Ainsi ce cas de Dolbeau :

Notre jeune malade de la salle Saint-Maurice est âgée de 18 ans. Elle est actuellement pâle et amaigrie, car il y a plusieurs semaines qu'elle est souffrante. Mais jusqu'au moment où elle a été prise de la maladie qui l'a conduite à l'hôpital, elle a toujours joui d'une bonne santé. Cette fille est très grande pour son âge, elle est bien développée. Elle offre les attributs d'un tempérament sanguin, quoiqu'elle paraisse d'une constitution assez délicate. Elle n'a jamais eu d'affection scrofuleuse; jamais de ces éruptions dans le cuir chevelu, si fréquentes dans le jeune âge, et encore moins de ces ophtalmies à répétitions. Elle a été réglée à l'âge de 15 ans, et l'établissement de la menstruation s'est fait sans entraîner d'accident grave; toutefois, à ce moment, elle a été prise de quelques phénomènes choréiques qui n'ont duré que quelques semaines; il ne serait pas sans intérêt de rapprocher de la maladie actuelle les phénomènes nerveux que je vous mentionne en ce moment.

Dans la famille, un des frères est mort de fluxion de poitrine, un autre jouit d'une bonne santé; enfin il y a une jeune sœur également bien portante. La mère existe encore, elle n'a jamais fait de grave maladie. Le père est mort il y a quelques années, à la suite d'une fluxion de poitrine.

Cette jeune fille est tombée malade, il y a près de 4 mois, à la suite d'un refroidissement léger, gagné après une course un peu précipitée. Elle a été prise de quelques frissons qui ont été suivis d'un mouvement fébrile assez intense, accompagné de douleurs dans les articulations. Les épaules, les poignets et les genoux ont été successivement ou simultanément le siège de ces douleurs; puis les hanches elles-mêmes ont été envahies. A ce début brusque, à ces douleurs articulaires, avec mouvement fébrile intense, vous reconnaissez le rhumatisme articulaire aigu. C'est en effet de cette maladie que la jeune fille était atteinte; cette affection devait plus tard amener les désordres graves qui la retiennent encore dans nos salles.

Dès les premiers jours de la maladie, on a demandé les conseils d'un médecin, on s'est adressé à un confrère instruit, ancien élève des hôpitaux. On a eu recours à quelques purgatifs; les diurétiques et les opiacés ont été administrés, puis le sulfate de quinine. Le mouvement fébrile s'est calmé; la plus grande partie des articulations sont redevenues libres. Mais les douleurs rhumatismales se sont localisées dans la hanche droite et elles ont persisté avec intensité.

Peu à peu, c'est-à-dire un mois après le début du rhumatisme, le membre malade s'est dévié de sa position normale, il s'est porté en dedans, la jambe s'est à demi-fléchie sur la cuisse et le genou droit est venu s'appuyer sur le tiers inférieur de la cuisse gauche; à la position anormale se joignait donc le raccourcissement apparent. On avait ainsi tous les signes rationnels d'une luxation coxo-fémorale, et c'est avec ce diagnostic que la malade a été alors envoyée dans notre service.

A son arrivée, nous ne nous sommes pas contentés des signes rationnels dont je viens

de vous parler; trop souvent, en effet, ces signes conduisent à l'erreur. Nous avons voulu pousser plus loin l'exploration. L'examen de la hanche malade était difficile, impossible même à pratiquer, en raison des douleurs vives qui existaient encore. Nous avons endormi la malade; c'est une pratique que je ne saurais trop vous conseiller dans des circonstances analogues. Tout indiquait *a priori* une luxation, et cependant cette luxation n'existait pas. En effet : à peine la malade était-elle endormie que la suppression de toute douleur, la résolution de tous les muscles de la hanche malade, nous ont permis de redresser le membre avec la plus grande facilité et de le remettre dans sa position normale. C'était déjà un premier point acquis, un résultat fort important. Supposez que croyant à une luxation, nous eussions abandonné la malade à elle-même, bientôt la luxation qui n'existait pas encore se serait inévitablement produite. Nous avons profité du sommeil pour assurer le maintien du membre malade dans la position normale que nous venions de rétablir. Pour remplir cette grande indication, nous avons eu recours à la gouttière de Bonnet.

En agissant comme je viens de le dire, nous espérions éviter la production de la luxation. Malheureusement nos espérances ont été trompées, non pas que la gouttière de Bonnet n'ait pas atteint le but que nous en attendions, mais il est survenu des accidents qui nous ont obligé à renoncer à son emploi. Au bout de quelques jours, malgré d'épaisses couches d'ouate que nous avons eu soin de disposer convenablement, des douleurs vives sont survenues à la région sacrée.

On a patiemment, mais les douleurs ont augmenté et il a fallu supprimer la gouttière. Une rougeur notable occupait tout le siège et bientôt nous avons vu apparaître des escarres étendues et assez profondes. Malgré ces complications, la malade fut encore maintenue autant que possible dans la position horizontale, le membre dans l'extension, toujours dans le but d'éviter la luxation. Bientôt nous avons eu à lutter contre une diarrhée abondante avec fièvre qui a rapidement épuisé la malade, déjà affaiblie par ses souffrances antérieures. On a dû renoncer alors à l'espoir de s'opposer à la production de la luxation; il a fallu abandonner la position horizontale. Il importait d'arrêter la marche des escarres, l'état général devait dominer toute la thérapeutique; c'était une question de vie ou de mort pour la malade. La première indication était de supprimer toute pression sur la région sacrée, conséquemment nous avons eu recours à la position sur la hanche du côté gauche; de cette façon on a pu faire un pansement régulier. Grâce aux soins multipliés dont cette jeune malade a été l'objet, grâce à un traitement général tonique, nous avons pu obtenir la guérison de la vaste plaie qui existait et rétablir la santé générale.

Ce n'est qu'au bout de ce temps, c'est-à-dire après plus d'un mois et demi de traitement, que nous avons pu songer de nouveau au membre primitivement malade; nous l'avons trouvé dans l'état déplorable que vous avez pu voir et que je vais maintenant vous faire connaître avec précision.

Lorsque la malade est couchée dans le décubitus dorsal, le membre difforme, c'est-à-dire le membre droit, se trouve dans la position suivante. Il est porté au plus haut degré dans la rotation en dedans, il est considérablement raccourci. Le pied repose par sa face interne sur le tiers moyen de la jambe gauche; la jambe est à demi fléchie sur la cuisse, et le genou droit répond au tiers inférieur de la cuisse gauche qu'il déborde en avant. Enfin, la cuisse elle-même est à demi fléchie sur le bassin, elle s'étend comme une tige immobile au devant des parties génitales qu'elle masque en grande partie; elle forme ainsi avec le bassin un angle très aigu, au fond duquel la peau est rouge et déjà même excoriée.

Les mouvements spontanés sont complètement impossibles, et c'est à peine si la malade peut légèrement augmenter ou diminuer la flexion de la jambe. Les mouvements provoqués sont extrêmement limités; quelques-uns même sont impossibles; ainsi le mouvement d'abduction et d'adduction fait défaut; la flexion peut être un

peu augmentée, mais l'extension est nulle; il en est de même pour la rotation en dehors. Quant au raccourcissement, la position du pied sur la jambe et celle du genou sur la cuisse du côté opposé, le font paraître extrêmement prononcé.

Cet ensemble de symptômes est encore plus frappant lorsque la malade est debout. Depuis quelques jours, on peut la lever de son lit et l'asseoir dans un fauteuil, mais avec beaucoup de peine. La position anormale persiste alors avec toutes ses conséquences. Le raccourcissement surtout est extrême; le pied, étant dans sa plus grande extension, touche à peine le sol par l'extrémité des orteils.

Si vous comparez les symptômes que je viens de vous indiquer avec ceux que nous offrait la malade à son arrivée dans le service vous verrez que ce sont les mêmes dans les deux cas, portés toutefois actuellement à un degré plus extrême. Mais à ces symptômes s'ajoutent aujourd'hui d'autres signes qui nous manquaient il y a six semaines. Nous avions nié la luxation tout d'abord et nous avons raison, car il n'y avait qu'une position vicieuse; actuellement nous pouvons affirmer le déplacement articulaire, sans que nous ayons même besoin de recourir au chloroforme.

Aux symptômes rationnels se joignent des symptômes physiques plus importants, et cet ensemble nous permet de diagnostiquer chez notre malade une luxation iliaque; luxation pathologique survenue à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu. C'est là un fait que je signale à votre attention, au point de vue de la pathogénie des déplacements articulaires. Autant en effet sont fréquentes les luxations pathologiques à la suite des affections chroniques de la hanche, et surtout à la suite des coxarthroses et des tumeurs blanches; autant elles sont rares dans le cours des affections aiguës ou subaiguës. Dans les deux cas, du reste, leur mode de production peut être le même. Un épanchement dans l'articulation et une position vicieuse du membre, telles sont leurs causes déterminantes. Mais lorsque la luxation survient dans la tumeur blanche, cette cause est souvent insuffisante et il s'y joint ordinairement une altération soit de la tête articulaire, soit de la cavité glénoïde.

Ou encore cet autre de Verneuil (1883) :

En 1846, pendant mon internat chez mon illustre maître, M. Bazin, je vis un garçon de 16 à 17 ans qui était entré à l'hôpital Saint-Antoine pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il souffrait terriblement et je le vois encore se tenant jour et nuit assis dans son lit, les jambes fléchies sur ses cuisses et celles-ci sur le bassin. L'articulation de la hanche gauche était particulièrement douloureuse. On institua le traitement général du rhumatisme sans rien faire contre l'attitude vicieuse.

Un matin, une quinzaine de jours après le début du rhumatisme, le malade annonça un soulagement qui s'était produit pendant la nuit précédente, dans la hanche affectée. J'en informai mon chef, et lui racontai ce que j'avais vu l'année précédente. Nous constatâmes l'attitude vicieuse du membre, la limitation extrême de mouvements, plus tard le déplacement de la tête du fémur. Mais ni le chef ni l'élève ne songèrent à la possibilité de remettre les choses en lieu et place. Le jeune homme sortit de l'hôpital guéri, mais gardant une infirmité permanente.

Nous pourrions multiplier les citations :

Une jeune fille de 15 ans, dont Kendal nous rapporte l'histoire, avait eu une attaque de rhumatisme aigu, la deuxième en un an, qui la cloua au lit pour 10 semaines. L'articulation coxo-fémorale droite et l'épaule droite furent particulièrement éprouvées. Pour soulager la malade, on plaça des coussins sous la hanche et le genou. En essayant de quitter le lit après la fin de la maladie, elle constata un raccourcissement notable de la jambe, de sorte qu'il lui fut impossible de poser le talon par terre. La hanche droite était déformée et présentait alors tous les symptômes d'une luxation.

Quelle est donc cette affection capable chez un petit malade de Kummer de provoquer à 8 ans et demi une polyarthrite fébrile avec gonflements articulaires considérables, une lésion cardiaque et une luxation de sa hanche en un mois à la suite d'un mouvement d'adduction ?

Quelle étiologie invoquer quand la fillette de Kirmisson atteinte de double arthrite coxo-fémorale suppurée non identifiée ni cliniquement ni bactériologiquement fait une luxation de l'extrémité supérieure du fémur, extrémité supérieure qui « est pour ainsi dire décapitée » ?

Voici encore deux observations de Ruch qui demanderaient à être discutées :

Un garçon de 17 ans, en bonne santé, a un rhumatisme du genou gauche rapidement amélioré en 1890, puis en 1891 une rechute avec de fortes douleurs dans la hanche gauche. Un jour, alors que le malade commence à se lever, il se cogne, tombe et ne peut se relever. Pendant 4 semaines il reste au lit et souffre atrocement, et lorsqu'il se lève il boite tellement qu'on appelle un autre médecin qui fait le diagnostic de luxation de la hanche. Ne pouvant maintenir la réduction, on finit par intervenir. A l'opération, on trouve une articulation contenant du liquide séreux louche, des débris de capsule, un tissu granuleux abondant. « Les surfaces osseuses sont normales, sauf une surface dénudée en haut et en arrière du cotyle là où la tête luxée frottait pendant la marche. La tête elle-même est dépourvue de cartilage, ce qui est curieux. »

Sa deuxième malade est une jeune fille de 24 ans qui est prise brusquement de frissons, de température élevée et de douleurs articulaires. Elle est hospitalisée avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Elle souffre beaucoup de la hanche gauche et il y a luxation évidente.

On opère un an après : « la glène est comblée par du tissu de granulation à demi-fibreux, et les défauts du cartilage sont nombreux ».

Coudray, dans sa Thèse de 1926, a vu tous ces faits, mais n'y a pas toujours suffisamment insisté. Constamment encore dans les études les plus récentes, les observations demanderaient à être révisées dans leur étiologie ou tout au moins mieux contrôlées : celles de Benoiste-Pilloire invoquant l'infection pneumococcique, celles de Sanières de cause ostéomyélitique non prouvée, ou accompagnant une septico-pyohémie sans origine.

Si la luxation pathologique de la blennorragie a déjà une importance considérable chez l'adulte, comme on devra la redouter dans la toute petite enfance où elle détruit dès l'origine l'articulation avec des conséquences qu'aucun auteur (sauf Drehmann) n'a cherché encore à mesurer. Car *la coxite de l'enfant se complique presque toujours de luxation*, les faits de Coopermann sont là pour nous le prouver.

C'est au cours de l'affection et rapidement que se produit cette complication : non pas en pleine convalescence comme dans la fièvre typhoïde, ni avec cette lenteur que l'on observe généralement dans la coxalgie où il faut, dans la majorité des cas, des mois pour la constituer. Ce fut au contraire presque sous nos yeux que nous la vîmes se produire chez une de nos

malades, comme M. Mondor l'avait déjà constaté pour un de ses cas, et ceci malgré une extension continue, appliquée tôt et avec soin. Ici les radiographies successives que nous possédons et que nous reproduisons sont d'un grand enseignement (voir *fig. 3* et *14*).

Cette luxation est dans la majorité des cas iliaque externe, et en haut ;



Fig. 18. — Malade de l'observation 4 Ankylose complète s'accompagnant d'une luxation de 3^{em} par destruction osseuse coxo-fémorale (voir la figure 10). Le pied ne touche le sol que par l'extrémité des orteils.

tout au moins l'avons-nous trouvée telle dans toutes nos observations, sauf pour un cas d'Hamann où elle fut, dit-il, obturatrice, et un cas de Stimson, « en arrière ».

Cette complication n'a pas de véritable traduction clinique. On disait autrefois qu'il se produisait, dans le cas de luxation une cessation brusque des douleurs : voyez l'observation de Verneuil rapportée plus haut : un

matin le malade, qui jusque-là avait souffert terriblement et sans répit jour et nuit, « annonça un soulagement qui s'était produit pendant la nuit », Verneuil, sur ce seul signe constaté déjà par lui l'année précédente, annonça à son maître ce qui devait s'être produit et que l'on vérifia en effet, mais c'est un signe que d'autres ont contesté (Stimson) et que nous n'avons jamais pu retrouver nous-même.

Ce qui est bien plus remarquable, au contraire, c'est l'insidiosité avec laquelle elle peut se produire parfois, malgré le traitement approprié. Aussi comme il faut la craindre, et prendre soin de la rechercher par des radiographies faites en série, sous peine de la méconnaître si l'on n'en est pas suffisamment averti.

A une malade que nous vîmes à l'hôpital lorsqu'elle présentait une luxation évidente, le médecin qui la soignait en ville répétait toujours qu'il ne s'agissait que de sciatique, que des massages allaient tout arranger et qu'elle ne tarderait pas à marcher sans la moindre difficulté. Elle avait un raccourcissement évident de 2^{cm}.

L'anatomie pathologique, la radiographie, nous ont appris les lésions que nous trouvions toujours dans les cas de luxation à la fois du côté du cotyle et du côté de la tête fémorale.

Ceci nous permet d'affirmer presque avec certitude que dans les cas de coxite gonococcique il n'existe pas de luxation vraie. En tout cas, jusqu'alors, nous n'en avons pas trouvé de preuve dans la littérature ni dans aucun cas personnel.

M. Le Fort, qui a étudié ces luxations de la hanche survenant en dehors de toute modification de la forme des os capable de faciliter le déplacement de la tête fémorale, ne mentionne pas spécialement les coxites d'origine gonococcique, à moins qu'il ne les fasse rentrer dans ce groupe qu'il intitule : « Arthrites dites rhumatismales ». Pour lui, les luxations simples existent dans ces cas et peuvent être la conséquence de lésions ostéomyélitiques articulaires et surtout périarticulaires. « D'ailleurs, la conservation de la forme des surfaces articulaires n'implique pas l'intégrité osseuse. En fait, les os sont plus souvent minés par l'ostéite ou raréfiés. Les lésions du fond du cotyle et celles de la région du col située en dessous et en dedans de l'épiphyse fémorale supérieure se rencontrent avec une fréquence particulière. »

Quel est donc le mécanisme de ces luxations pathologiques ? Les théories sont diverses et anciennes, nous ne voulons pas les reprendre. Sanière les a fort bien résumées dans une Thèse récente et nous ne pouvons qu'y renvoyer.

Nous voulons seulement ajouter quelques remarques particulières aux coxites à gonocoques.

Gosselin, en 1879, invoquait l'organisation du liquide épanché qui devait ainsi chasser la tête hors de la cavité cotyloïde ; mais nous avons vu qu'il

n'y avait jamais dans l'arthrite coxo-fémorale blennorragique qu'une quantité minime de liquide incapable par conséquent de dégâts importants.

Coopermann, essayant dernièrement d'expliquer ces luxations chez les nourrissons qu'il soigne, dit que la principale cause est évidemment la structure rudimentaire de la coxo-fémorale infantile peu profonde, à acétabulum peu développé. Il s'y ajoute la tension croissante intra-articulaire par spasme de la couverture musculaire qui est ici la plus forte de l'économie, associée à la présence d'exsudats inflammatoires intra-articulaires. Cette pression énorme des surfaces articulaires l'une contre l'autre va provoquer un élargissement, un approfondissement de l'acétabulum et l'absorption de la tête et du col.

Mais cette explication compliquée ne peut valoir que pour les coxites infantiles et l'on comprend que chez de jeunes enfants la « dislocation survienne spontanément, alors qu'il n'existe que des ligaments incomplètement développés ».

Ce que nous avons toujours vu au contraire chez l'adulte dans les cas de luxation, c'est l'existence de lésions osseuses ; on peut donc dire que cette complication est avant tout l'apanage des formes ostéo-articulaires qu'elle permet d'ailleurs de vérifier : lésions osseuses portant à la fois sur le cotyle, soit fond, soit bord, sur la tête, et expliquant suffisamment par conséquent les déplacements.

Pour favoriser ce déplacement quand la carie osseuse est déjà avancée, le moindre traumatisme évidemment suffit : coup sur le genou, effort du malade pour se retourner dans son lit ; voilà pourquoi on le voit invoqué comme cause des luxations, mais il ne suffirait pas, sans le ramollissement osseux considérable que nous connaissons bien.

Quant aux attitudes vicieuses, elles ne jouent ici également un rôle que dans la mesure où les lésions osseuses existent. L'adduction l'emporte-t-elle alors sur l'abduction pour les favoriser ? Non, sans doute, et cette sorte d'ulcération compressive que l'on peut invoquer existe aussi bien dans l'un et l'autre cas.

Une de nos malades de l'observation IX, immobilisée au début de sa maladie dans une attitude d'adduction extrême, présentait très nettement à la radiographie des phénomènes d'ulcération compressive. On voyait la tête fémorale appuyer si fortement par sa partie supéro-externe contre le toit du cotyle qu'on prévoyait bien que la luxation serait inévitable pour peu que le processus destructeur atteignît l'acétabulum. C'est ce qui arriva, en effet, et que l'extension continue, installée trop tardivement, ne put parvenir à enrayer (voir *fig. 3 et 14*).

PROTRUSION COTYLOIDIENNE ET BASSIN GONOCOCCIQUE.

La luxation pathologique n'est pas la seule complication des coxites gonococciques. Des faits rares, difficiles souvent à interpréter, absolument ignorés en France jusqu'à ces derniers temps, avaient permis aux auteurs allemands uniquement, de décrire des lésions de l'articulation coxo-fémorale qu'ils intitulaient « déhiscence du fond du cotyle », « enfoncement du plancher de l'acétabulum », « luxation centrale de la tête », aboutissant finalement à la « protrusion cotyloïdienne », à une déformation particulière du bassin dite en Allemagne « bassin de Chroback » et qu'on était bien forcé d'admettre comme étant la plupart du temps d'origine gonococcique.

En clinique, voici comment les choses s'enchaînent.

Un malade atteint d'arthrite aiguë de la hanche, avec symptomatologie plus ou moins grave, voit apparaître dans son lit même, ou plutôt dans les premiers essais de marche, un raccourcissement de la jambe peu important tout d'abord, puis qui augmente progressivement, sorte de tassement du membre sur lui-même que traduit pour les femmes un allongement constant et surprenant de la jupe.

La marche devient de plus en plus gênée, l'attitude du membre inférieur de plus en plus vicieuse; à l'examen on constate un grand trochanter un peu remonté, mais surtout comme plus profondément situé que normalement; le toucher rectal permet de sentir une masse pelvienne dure, et si l'on se décide à faire radiographier la hanche, on s'aperçoit alors, non sans étonnement, que tête et col fémoraux sont intacts, mais que du côté de l'acétabulum le plancher aminci avance dans le bassin, s'arrondit en une coupole plus ou moins importante et déforme à des degrés divers l'ogive pelvienne.

En réalité, nous ne faisons dans cette description qu'imaginer une suite de faits tels qu'ils doivent se passer, mais que nous ne pouvons pas contrôler, car jusqu'à présent cette complication n'a jamais été qu'une découverte radiographique et surtout nécropsique.

Mais si nous n'avons jamais vu de semblables accidents se produire intégralement sous nos yeux, ce que nous savons des coxites gonococciques, et de leurs lésions anatomiques, la lecture des radiographies d'arthrites blennorragiques de la hanche, surtout ce que nous a appris dernièrement une autopsie que nous eûmes la chance de pouvoir faire, jointe à l'étude attentive des observations allemandes, nous permet de dire aujourd'hui que la seconde complication importante à connaître des coxites gonococciques est l'enfoncement progressif intra-pelvien de l'acétabulum pouvant aller jusqu'à réaliser ce que René Pelletier a décrit, dans sa Thèse inspirée par M. Mondor, sous le nom de « bassin gonococcique ».

« Il s'agit », écrit-il dans ses conclusions, « de déformation de la région acétabulaire de degré variable, allant du simple redressement de la courbure latérale de l'ouverture pelvienne, jusqu'à la protrusion du fond du cotyle, consistant en une voussure en forme de coupe plus ou moins régulière faisant saillie dans le pelvis et provenant de la déformation de l'acétabulum sous l'influence du processus gonococcique et de la pression de la tête fémorale. »

Une observation très remarquable de Schlagenhauer en 1908 devait à la fois faire connaître l'affection et être l'amorce en Allemagne de toute une série de discussions sur l'étiologie de certains bassins pathologiques.

Observation de Schlagenhauer. — Femme de 40 ans, admise à l'hôpital Elisabeth le 21 novembre 1907.

Cette femme, qui est de bonne santé habituelle, éprouve depuis 4 jours de violentes douleurs des deux genoux qui sont tuméfiés, et, depuis 1 jour, des douleurs des articulations de la main droite.

A l'examen on note de la fièvre, du gonflement des articulations douloureuses. Rien d'anormal au niveau du cœur. On porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

Evolution. — Le poignet droit s'améliore rapidement, mais les articulations des membres inférieurs demeurent très douloureuses au point que la morphine est nécessaire; fièvre élevée.

21 novembre : tuméfaction douloureuse au niveau des ganglions inguinaux droits.

22 décembre : même état; la région inguinale droite est très douloureuse.

2 janvier 1908 : la région abdominale inférieure droite est très douloureuse à la pression. Dans la profondeur du bassin, on sent une résistance qui est attribuée à un abcès du psoas, bien que les vertèbres ne soient pas douloureuses; mais les douleurs sont si vives qu'un examen complet est impossible. La fièvre est de type intermittent; l'amaigrissement très intense; il existe des signes de bronchite, mais la recherche des B. K. demeure négative.

17 janvier : parotidite gauche incisée le 21 et donnant issue à du pus fétide.

28 janvier : faiblesse croissante; escarre; fièvre élevée. Exitus.

Autopsie, pratiquée 5 heures après la mort (compte rendu complet de l'autopsie).

En considérant la *hanche droite*, ce qui frappe aussitôt c'est que la tête et le col fémoral sont profondément fichés dans la cavité articulaire, si bien que le grand trochanter se trouve au niveau de l'épine iliaque antérieure et que le petit trochanter se trouve au bord inférieur de l'acétabulum.

Après dissection des parties molles et incision de la capsule articulaire, il faut déployer une grande force pour extraire le fémur du cotyle. On découvre alors dans le fond de la cavité une assez grande quantité de pus épais, rougeâtre, mélangé de débris osseux, que l'on prélève aseptiquement pour examen bactériologique. Puis on extrait le bassin dans sa totalité.

Le *bassin osseux* est symétrique; son diamètre transversal semble rétréci par une voussure antéro-latérale droite, mi-sphérique, située sur la ligne arquée interne, recouverte par les muscles de la région. Après dissection de ces muscles, on découvre une coupole constituée par une paroi fibreuse relativement rigide qui s'aplatit progressivement vers les trois portions osseuses voisines. A son voisinage, on trouve d'anciennes hémorragies et des adhérences conjonctives.

A gauche, l'aspect est normal.

On excise alors la capsule de l'articulation coxo-fémorale, et l'on réussit, en soulevant légèrement la diaphyse, à mettre à nu l'articulation obstruée par les trochanters et

à relever le col et la tête du fémur. On n'éprouve aucune résistance du côté du ligament rond, qui est détruit et dont les reliquats sont encore présents sur la tête fémorale.

Du revêtement cartilagineux de la tête ne subsistent que quelques reliquats ligamenteux en avant et en bas et quelques îlots sur la coupole; l'os dénudé est recouvert d'un pus grumeleux, et, après lavage, apparaît nettement ramolli, poreux, gris rougeâtre.

La tête n'est pas raccourcie suivant son axe longitudinal qui mesure 5^{cm}, mais elle est fortement déformée dans sa partie supérieure et postérieure où se trouve une profonde gouttière; la perte de substance osseuse est si importante que le col prend une forme aplatie. Par contre, les régions antérieure et inférieure sont de configuration à peu près normale.

Le col fémoral est relativement court; son revêtement cartilagineux est également en partie détruit: sa partie postérieure est couverte d'un tissu de granulation épais reposant sur l'os dénudé et poreux.

Les ligaments articulaires et les parties molles voisines sont épaissis, infiltrés.

Après ablation du fémur, on constate les faits suivants: le cotyle est entièrement bordé de reliquats capsulaires épaissis, et après leur ablation apparaît à peu près arrondi, sauf au niveau de l'os acétabulaire qui est légèrement proéminent. En ce point on ne sent ni cartilage, ni os, mais un pont fibreux épais étendu de la branche horizontale du pubis à la cavité articulaire. Le pourtour du cotyle par rapport au côté sain, est plus petit, ne mesurant que 14^{cm} au lieu de 15^{cm}, 5. Son diamètre maximum est également diminué.

La cavité articulaire est anormalement profonde et excavée.

Une coupe passant par le milieu de l'articulation et le sommet de la voussure en dôme permet une inspection favorable de toute la cavité articulaire; du revêtement cartilagineux de l'acétabulum ne subsiste qu'une bande de 1^{cm} de large, se rétrécissant progressivement, et située en arrière de l'orifice articulaire. Ses bords sont rongés et déchirés. La partie voisine du cotyle, osseuse, répond aux trois pièces articulaires dont la plus large est le segment iléal; puis vient l'ischion, et enfin le pubis pour une toute petite partie; le tout est recouvert de tissu de granulation rougeâtre sous lequel l'os apparaît rugueux, fragmenté.

A cette paroi osseuse fait suite, en coupole, la voussure membraneuse composée de parties molles proéminent à l'intérieur du bassin.

La palpation permet de sentir nettement la continuité directe de cette coupole membraneuse avec les parties osseuses. Son début répond à la ligne arquée interne; sa hauteur maxima au plancher du cotyle ancien; puis elle s'aplatit progressivement et passe à environ 1^{cm} au-dessus du bord supérieur du trou obturateur.

La plus grande profondeur de la cavité articulaire atteint 5^{cm} (contre 3^{cm}, 5 à gauche); celle de la coupole membraneuse environ 2^{cm}.

A la coupe on peut distinguer trois couches:

- 1^o Une couche interne, tissu granuleux rougeâtre mêlé de débris osseux;
- 2^o Une couche constituée par un tissu très mince, blanc, brillant, très solide;
- 3^o Une couche externe, membrane épaisse plus molle, qui en plusieurs points se continue dans les muscles voisins.

En replaçant alors la tête dans la cavité, on se rend compte que son sommet répondait à la plus grande profondeur de la voussure qui masque sa partie antérieure. La partie postérieure de la tête qui porte une rigole vient au contact de la partie osseuse du cotyle et l'on voit comment le bord rugueux proéminent de l'os iliaque a pu creuser cette rigole.

Le col du fémur répond à l'orifice du cotyle et a son entrée là où existent encore des vestiges de cartilage.

Les parties osseuses qui forment le cotyle se laissent aisément pénétrer par une longue aiguille, alors que le reste du bassin a conservé sa consistance habituelle.

Examens bactériologiques. — 1° Le pus de l'articulation coxo-fémorale contient de nombreux cocci presque tous intra-cellulaires du type gonocoque. Les cellules de pus sont souvent remplies de cocci plus ou moins décolorés; on voit nettement des groupements en diplocoques, souvent aussi des formes isolées ou par quatre. Ces cocci se décolorent relativement rapidement par la méthode de Gram. On ne trouve pas d'autres microbes.

2° Ces microbes cultivent aisément sur gélose ascite glycéinée et glucosée en donnant des cultures pures de gonocoques. A la suite d'essais sur différents autres milieux de culture, ces germes purent être identifiés avec certitude.

Examen histo-bactériologique. — Furent prélevés pour cet examen divers fragments de la coupole membraneuse et du cotyle, des fragments d'os dénudé de l'ilion et de l'ischion, des coupes osseuses de la tête fémorale, des fragments de la capsule articulaire.

Le contenu pâteux de l'articulation est constitué par des amas de polynucléaires en partie dégénérés et par des fragments osseux presque sans structure, épars dans une substance granuleuse d'aspect fibrillaire contenant de nombreux globules rouges et se colorant en bleu par le Weigert. Dans les colorations par le Löffler, on voit, dans les leucocytes, de grandes quantités de gonocoques que la méthode de Gram n'avait pas décelés.

L'examen de la coupole membraneuse montre :

1° La couche interne, constituée par des polynucléaires en épaisseur variable, souvent chargés de gonocoques, et par un tissu de granulation très vascularisé constitué par des cellules serrées, fusiformes et polygonales entre lesquelles on trouve des mononucléaires, surtout nombreux autour des vaisseaux et des cellules riches en pigment. Dans la partie la plus superficielle de ce tissu de granulation, notamment aux confins d'un débris osseux, on voit des cellules géantes à plusieurs noyaux.

2° La couche moyenne est bien différente : elle se compose d'un tissu conjonctif fibreux, pauvre en cellules; en quelques points cependant se voient de grandes cellules groupées ensemble ayant presque un aspect épithélial, des cellules étoilées, et, alentour, un dépôt finement granuleux coloré en violet par l'hématoxyline; je crois que cette couche répond au périoste de la face interne des os du bassin, d'où partent déjà des ébauches de néoformations osseuses.

3° Dans la troisième couche, nous trouvons un tissu conjonctif d'épaisseur variable, abondamment infiltré de cellules souvent riches en pigment, et occupé de zones hémorragiques; on y voit aussi des noyaux de fibres musculaires, ce qui permet de penser que les muscles aussi ont participé au processus de cicatrisation.

Les fragments osseux prélevés en divers points sont recouverts en surface par des globules de pus et des débris osseux dégénérés; ils sont formés en grande partie d'un tissu de granulation en partie riche en vaisseaux, en partie fibreux, au milieu duquel les travées osseuses apparaissent avec leurs caractères normaux. La moelle osseuse est en partie normale, en partie fibreuse et remplie de nombreuses cellules pigmentées.

Le fragment de tête fémorale est recouvert en surface sur une large étendue d'une épaisse couche de polynucléaires contenant de nombreux gonocoques, à laquelle fait suite une couche de débris osseux dépourvus de structure. La substance médullaire de voisinage présente un caractère presque fibreux et l'on voit une sorte de ligne de démarcation contre l'envahissement du pus venant de la surface, zone de démarcation très nette aux endroits où il ne reste plus de pus en surface; on voit en ces points : des débris osseux sans structure, une bande de tissu conjonctif ondulé, de l'os presque normal.

La capsule articulaire est infiltrée par des leucocytes en général de type mononucléé. La synoviale de la hanche gauche est sensiblement normale.

Schlagenhauser n'était pas le seul à avoir vu de telles lésions, mais ce qu'il apportait c'était la preuve indiscutable de l'étiologie gonococcique que nul avant lui n'avait osé affirmer ou n'avait même entrevue.

En 1872, Ponfick rapportait déjà l'observation d'une femme qui, au cours d'une grossesse, avait présenté des signes d'arthrite coxo-fémorale droite. A l'autopsie on découvrait, outre « des lésions des deux épaules, des deux genoux et des deux hanches » dans le bassin, en regard du cotyle droit, une masse proéminente. La tête et le col du fémur étaient de plus très altérés.



Fig. 19. — Protrusion cotyloïdienne très marquée avec énorme tumeur intra-pelvienne (Hecker).

Hecker (1881) présentait le bassin d'une femme de 35 ans qui, à 17 ans, dut rester alitée pour « une inflammation de l'articulation de la hanche droite », que la malade avait attribuée à un traumatisme. Depuis cette époque, il y avait limitation notable des mouvements et raccourcissement léger du membre.

Or, vers 35 ans, au cinquième mois d'une grossesse, elle fut prise de violentes douleurs dans la hanche droite et dut garder le lit. L'accouchement, impossible du fait d'une tumeur intra-pelvienne, nécessita une césarienne à laquelle la malade devait succomber, et à l'autopsie on découvrait ce que nous montre la figure ci-dessus : une tuméfaction osseuse faisant saillie de 7^{cm} dans le bassin et sur tout le pourtour du cotyle, de nombreux ostéophytes tapissant la branche montante de l'ischion, la face externe de l'ilion ainsi que le col fémoral « traduction d'un processus inflammatoire ancien ».

En 1905, Kuliga publiait l'observation d'une femme de 41 ans qui, au cours d'une cinquième grossesse, remarquait des modifications dans la marche devenue tout à coup très fatigante. A mesure que la grossesse avançait, elle marchait plus mal, avec enflure des jambes, puis après l'accouchement les signes disparaissaient presque complètement.

L'année suivante, étant enceinte de nouveau, les mêmes signes réapparaissent jusqu'à l'accouchement qui apporte une grosse amélioration, et ainsi à chaque grossesse ; il y a des douleurs de plus en plus vives avec raideur des jambes, impossibilité de mettre elle-même ses bas. Ses robes paraissent allonger, elle se tasse et peu à peu ne marche plus du tout. Presque infirme, devenue obèse au deuxième mois d'une autre grossesse, elle est de nouveau gênée et souffre de sa hanche et au septième mois est emportée d'une hémorragie brutale. A l'autopsie, la protrusion du cotyle est découverte faisant saillie en dedans à la manière d'une coupole. Le cotyle a une profondeur de 4^{cm}, sa périphérie est hérissée d'ostéophytes. Le fond même est en certains points si mince qu'on le croit transparent. La tête fémorale est augmentée de volume par épaissement osseux de la circonférence de la tête et le col est hérissé d'ostéophytes.

A ces cas que Kienböck, plus tard, n'hésitait pas à cause de leur début pendant la grossesse à rattacher à la gonococcie, vinrent s'ajouter après l'observation de Schlagenhauser, ceux de Schertlin, Henschen, Kienböck et Chiari.

Observation de Schertlin. — Femme de 40 ans, vierge. Rhumatisme fréquent depuis la puberté. Les hanches sont douloureuses souvent, mais la malade marche quand même.

A l'examen, les mouvements sont douloureux. Le toucher rectal montre que des deux côtés, la paroi du cotyle fait saillie dans le pelvis.

Il y a d'autres déformations articulaires ; les doigts sont épaissis, les pieds déformés ; déjà il y a 7 ans les douleurs des hanches avaient donné lieu à ces mêmes constatations.

La radiographie montre le contour de la saillie osseuse dans le pelvis, avec une ombre très épaisse, ce qui contraste avec la minceur des os du bassin.

Pour Schertlin il ne peut s'agir là que d'une ostéo-arthrite juvénile déformante, mais plus tard Kienböck analysant le cas devait conclure à une gonococcie probable, et cela malgré l'hymen intact, et l'absence de signes aigus parce que la généralisation à plusieurs articulations, l'évolution lente, sont de bons signes de blennorragie ».

Observation de Henschen. — Femme de 41 ans, soignée depuis des années pour « sciatique ». Dans ses antécédents, un enfant né à 8 mois, macéré, hydrocéphale. L'accouchement a été normal malgré une circulaire du cordon. Suites normales.

Quatre semaines après l'accouchement, crampes du membre inférieur droit, douleurs bientôt lancinantes du genou, puis de la hanche ; cependant la marche et le travail demeurent possibles. Les douleurs du genou n'ont pas cessé depuis, alors qu'il y a 2 ans seulement que la hanche, d'abord douloureuse, s'est peu à peu ankylosée. Cette ankylose progressive et douloureuse n'a jamais confiné la malade au lit ; elle n'a jamais eu de fièvre ni d'épisode aigu et était soignée pour sciatique.

Elle souffre surtout en se levant, ne peut mettre seule ses bas, et peu à peu, dans la journée, souffre moins, quand elle est debout depuis longtemps; la hanche gauche devient à son tour douloureuse.

A l'examen, femme d'aspect âgé, goître banal; pas de signes de syphilis ou de tuberculose, l'examen neurologique est négatif.

La palpation profonde de l'abdomen droit mène sur une masse dure, arrondie, volumineuse.

La démarche n'est pas une vraie boiterie. La malade se balance plutôt, ne peut s'agenouiller à terre. La région du grand trochanter est aplatie et il y a rotation externe marquée, scoliose de compensation.

Quand la malade est couchée, lordose, donc ankylose en flexion ($120-130^{\circ}$), abduction, rotation externe.

La hanche gauche exécute à peu près tous les mouvements, sauf la rotation.

La hanche droite est à peu près complètement immobile.

Douleurs dans le domaine du sciatique et de l'obturateur.

Examen gynécologique. — Écoulement au méat urétral, orifices des glandes de Bartholin rouges, pertes vaginales abondantes, cicatrices de traumatisme obstétrical du col, métrite chronique, recherche du gono = 0, bien que l'examen clinique puisse conclure avec beaucoup de chances à la gonococcie génitale.

L'examen du bassin par le toucher mène sur la saillie en coupole qui est lisse, tapissée de parties molles, et encore mieux perçue par le toucher rectal.

La réaction de complément au gonocoque est négative.

Radios. — L'ensemble du bassin est normal.

Le cotyle droit s'avance en demi-coupole dans le pelvis, couvrant sur sa partie inférieure le quart correspondant du trou obturateur; l'épaisseur de cette coupole osseuse varie de 2 à 5 mm; son contour est semé d'irrégularités.

La tête fémorale est profondément nichée dans cette cavité, si bien que le grand trochanter n'est plus distant du sourcil cotyloïdien que d'un petit travers de doigt.

La tête, dont on parvient à suivre le contour est irrégulière, à peu près parallèle à la coupole, et présente des proliférations osseuses dans la direction de la partie pelvienne de l'article.

Le col présente aussi des saillies osseuses.

Le fémur droit est d'ombre moins dense que le gauche et au niveau de la tête l'ostéoporose est marquée.

La hauteur de la coupole est de 2 cm, 4; la hauteur totale du cotyle de 6 cm; le col est raccourci.

Il semble que le revêtement cartilagineux ait disparu.

Le cotyle gauche, dont le plancher est mince, ébauche la même déformation; il y a des ostéophytes au niveau de la tête.

Quelques proliférations osseuses au tibia droit et au fémur aux confins de l'articulation du genou.

L'observation de Kienböck fut publiée en 1912 au cours d'une étude complète sur la déhiscence du fond du cotyle qui résume fort bien la question :

Il s'agit d'une femme de 30 ans. La maladie a débuté il y a 11 ans par une polyarthrite très douloureuse. Mariée 3 mois auparavant, elle présenta très rapidement une vulvovaginite purulente. La température fut à 40° pendant plusieurs semaines et apparurent en même temps des symptômes cardiaques (endocardite probable).

La hanche droite avait surtout été atteinte, en même temps que le poignet et le genou gauches, et après 4 mois de lit la malade avait en se levant un raccourcissement de la jambe droite avec ankylose incomplète.

Enceinte à l'époque de sa maladie, elle accoucha 9 mois après son mariage d'un enfant sain. Depuis ce temps, la mobilité de sa hanche n'est jamais redevenue normale.

En l'examinant, on constate un raccourcissement de 3^{cm}, de la boiterie et une grosse atrophie musculaire.

L'extension est limitée, l'ankylose est presque complète en flexion légère et adduction. L'abduction est impossible et entraîne rapidement le bassin. La mobilisation forcée est un peu douloureuse, et s'accompagne d'une grosse crépitation.

En même temps, il existe de l'épaississement du genou gauche et du poignet gauche qui est un peu subluxé du côté palmaire et ankylosé.

A la radiographie. — En dehors d'une synostose radio-carpienne gauche et d'une subluxation du tibia gauche en arrière, la hanche droite apparaît seule lésée.

Il y a une ascension du grand trochanter de 3^{cm}. Le col et la tête sont profondément enfoncés dans le cotyle dont le contour est très agrandi.

Un gros coin de la tête manque et celle-ci est très irrégulière. Il existe une forte atrophie osseuse. Faible intensité des ombres avec semis de taches plus sombres.

Le cartilage est invisible.

Le sourcil cotyloïdien est épaissi et déjeté en dehors.

Du côté du pelvis, le fond du cotyle avance de 1^{cm} environ vers la ligne médiane.

La malade apporte une radiographie datant d'il y a 2 ans et absolument identique.

« L'étiologie gonococcique n'est ici pas douteuse » et elle s'affirme, pourrions-nous ajouter, du fait de l'existence d'autres lésions au poignet et d'une subluxation du tibia au genou.

Mais il existe des cas gonococciques plus probants encore, appuyés sur la clinique et sur la bactériologie comme ces derniers faits de Chiari (1916) :

I. Femme de 33 ans. Dans son histoire on retrouve une leucorrhée avec cystite et annexite. Coxite aiguë gauche très douloureuse, calmée par l'extension.

A l'autopsie, l'examen direct du pus tubaire montre des diplocoques Gram négatif, analogues au gonocoque, mais dont la culture ne pousse pas.

La coxo-fémorale contient du pus, le ligament rond est détruit, la synoviale épaissie. Grosses destructions cartilagineuses.

Le plancher du cotyle est mou, usé; il est déhiscent vers le cotyle.

L'examen bactériologique du pus articulaire montra quelques microbes Gram positif et des diplocoques Gram négatif analogues au gonocoque.

La culture ne pousse pas sur gélose ascite.

L'examen histologique montre un double processus de destruction et de régénération osseuse comme dans le cas de Schlagenhauser.

II. Homme de 47 ans, mort de tuberculose génitale. Le bassin présente une ankylose coxo-fémorale droite avec déhiscence du cotyle et l'origine gonococcique en est probable.

Ce que nous savons des lésions gonococciques de la coxite nous permet-il de comprendre ces faits pathologiques ?

Notons tout d'abord que rencontrés presque tous chez des femmes, cinq sont survenus au cours de grossesses. Nous savons déjà le « rôle réactivant

de la grossesse sur les infections gonococciques » et qu'on peut considérer toute coxite chez une femme gravide comme de nature blennorragique.

Ensuite, les destructions osseuses du processus nous sont suffisamment connues pour nous permettre de suivre pour ainsi dire pas à pas la marche des lésions.

« Sous la pression de la tête fémorale agissant à la manière d'un outil à modeler se produit sur les cotyles des hanches malades un agrandissement connu sous le nom de « migration centrale du cotyle » ou « luxation intra-acétabulaire ». Elle se fait dans des directions constamment réglées par les mêmes lois, suivant l'attitude de la hanche, le plus ou moins grand contact des lésions avec les points de pression, suivant l'état conservé ou non de la tête, la force des muscles, les altérations du col » (Henschen).

Voici pour l'ulcération compressive.

Il y a d'abord eu au début lésion coxo-fémorale inflammatoire avec tendance à la perforation intra-pelvienne; « il s'agit là d'une ostéo-arthrite à la fois destructive et prolifératrice au cours de la grossesse » (Kuliga).

Qu'a donc vu Schlagenhauser dans son cas ?

L'articulation coxo-fémorale droite d'une femme de 40 ans, auparavant bien portante, détruite par un processus blennorragique bactériologiquement constaté. Après fonte presque totale du cartilage de l'acétabulum et du revêtement cartilagineux de la tête et du col, le plancher du cotyle fut détruit, les portions des trois os du bassin constituant l'articulation furent fortement usées; de même la tête et le col portent des altérations destructives graves, sans que toutefois l'axe longitudinal de l'os soit modifié. A la place du plancher osseux de l'acétabulum, on trouve une paroi formée successivement par un tissu de granulation blennorragique, le périoste interne du bassin et le tissu musculo-conjonctif de la région, paroi qui, sous l'influence de la pression de la tête, s'est incurvée en forme de coupole du côté de la cavité pelvienne. L'orifice de la cavité articulaire est rétréci par les ligaments épaissis; grâce au contact des deux trochanters avec les os du bassin au niveau du sourcil cotyloïdien, une progression plus avancée du fémur vers la ligne médiane n'est pas possible : l'articulation est pour ainsi dire barrée.

L'articulation ainsi immobilisée aurait pu guérir et nous pouvons considérer comme un premier pas de cette guérison la formation osseuse délicate provenant du périoste interne, visible à la radiographie et vérifiée par l'histologie au niveau de la coupole membraneuse.

Plus loin Schlagenhauser prenait nettement position.

« Je crois pouvoir admettre que les lésions caractérisées par la protrusion uni ou bilatérale du cotyle, avec leurs variantes, résultent d'une coxarthrite ayant évolué spontanément vers la stabilisation des lésions, coxite probablement toujours de nature gonococcique, la blennorragie étant susceptible d'entraîner des lésions destructives d'une telle importance et comportant

cependant un nombre de chances suffisantes et nécessaires de guérison spontanée. »

Kienböck, par ses recherches radiologiques, nous a bien appris que ces lésions graves sont possibles aussi bien à la hanche qu'ailleurs. Il a eu l'obligeance, ajoute Schlagenhauser, de me montrer ses clichés de hanche et sur environ 150 radios se trouvaient celles de trois hommes sur lesquelles la protrusion du cotyle était ébauchée.

Comment se fait-il, pourrait-on se demander, que les cas de protrusions soient si rares et que « König, qui est bien celui qui connaît le mieux la gonococcie, n'en ait pas publié un seul cas » ? (Kienböck).

Écoutons encore Schlagenhauser. « Il faut, pour produire de telles lésions, non seulement une coxite gonococcique, mais une coxite non traitée abandonnée à elle-même. » C'est ici qu'intervient le rôle de l'extension « avec ses résultats miraculeux ».

On comprend que, par ce moyen, le facteur essentiel — pression directe — de la protrusion est supprimée. L'articulation tout à l'heure était prête à se déformer, et maintenant les conditions mécaniques ne le lui permettent plus.

Ce n'est pas le fait d'une évolution plus grave qui crée la protrusion, mais seulement la méconnaissance de l'affection ou son mauvais traitement.

Nous pouvons trouver une deuxième raison.

L'épaisseur même de la lame osseuse qui forme le plancher de l'acétabulum présente de grandes variations d'épaisseur et l'on conçoit qu'une lame osseuse mince, de résistance réduite, est de destruction bien plus facile.

Voici un cas pour illustrer ces faits :

Une femme de 46 ans, qui au dire de son mari avait présenté 10 ans auparavant une affection grave de la hanche, meurt de néphrite chronique. Elle présente, de plus, une ankylose double des poignets, des arthrites chroniques des deux genoux, des deux chevilles.

La coxo-fémorale droite porte des lésions destructives du cartilage de la tête et du cotyle. Le fond du cotyle, usé, est réduit à une épaisseur de 0^{cm}, 4, alors que de l'autre côté, sain, il est de 1^{cm}. On peut penser que le processus destructif que je suis tenté d'attribuer à la blennorragie a évolué vers la guérison avant que le plancher soit entièrement détruit, plancher épais et résistant (Schlagenhauser).

Si jusqu'ici les preuves du rôle du gonocoque dans l'enfoncement intra-pelvien du cotyle ne nous avaient été fournies que par ces quelques rares observations et discussions puisées dans la littérature allemande, deux cas que nous avons pu suivre et des observations récentes permettent d'affirmer aujourd'hui que la coxite gonococcique est capable en effet de se compliquer d'une telle déformation.

M. Mondor confiait à Pelletier, pour sa Thèse sur les bassins gonococciques, l'observation d'une jeune malade de 22 ans atteinte de coxite blennorra-

gique bilatérale. La radiographie révélait à la hanche droite, 9 mois après le début de la maladie, un élargissement du cotyle vers le haut avec luxation intra-cotyloïdienne de la tête fémorale elle-même, rongée, détruite dans toute sa moitié supérieure. Mais voici qui nous intéresse particulièrement. « En regard de la cavité pelvienne, l'épaisseur de la paroi osseuse de l'acétabulum est très sensiblement réduite, au point que dans la région correspondant à la partie la plus interne de la tête fémorale, il semble qu'il y ait une amorce de perforation devant faire communiquer l'articulation avec l'intérieur du bassin.

» D'autre part, l'acétabulum décalcifié s'est laissé repousser par l'épiphyse fémorale et sa limite pelvienne au lieu de présenter sa courbure normale à concavité interne, décrit une ligne courbe, une légère saillie dans le pelvis. »

Voici d'autre part une nouvelle observation de Zwicker de 1927 (voir *fig. 20*) :

Notre malade fut atteinte, au décours d'une gonococcie aiguë avec cystite et pertes vaginales abondantes, d'une arthrite de la hanche droite. Je la vis à cause d'une raideur croissante malgré une immobilisation plâtrée prolongée et une médication spécifique intense.

La flexion est possible à 15°, l'abduction n'a que la moitié de son étendue normale, la rotation est impossible. Il y a un raccourcissement de 1^{cm}; à la palpation abdominale droite, on sent une zone dure et résistante en profondeur.

Il y a de plus une annexite double.

La radiographie montre des lésions destructives avancées qui rapprochent cette observation de celle de Schlagenhauser : le trochanter touche presque l'os iliaque tant le col est reporté en dedans. La tête aplatie et la partie interne du col sont fortement enfoncées dans le bassin. L'interligne articulaire demeure cependant visible et même élargi. Le fond du cotyle est repoussé dans le bassin et semble en un point rompu. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse là d'une perforation que les néoformations osseuses n'ont pas encore pu réossifier par néoformation.

Dans un troisième cas que nous devons à René Pelletier et que nous rapportons plus loin au Chapitre « Diagnostic », le toucher vaginal et la radioscopie montraient, sinon une véritable protrusion, du moins le redressement de l'arc acétabulaire et MM. Papin et Magnant ont vu, chez leur malade, le cotyle aminci considérablement faire une saillie prononcée dans le petit bassin.

Enfin, nous avons déjà rapporté une autopsie faite, par nous, pour une arthrite aiguë de la hanche, où nous avons montré que les lésions prédominantes sur le fond du cotyle étaient si intenses à ce niveau qu'il ne persistait plus qu'une couche infime de tissu osseux, et que l'ulcération acétabulaire était virtuellement constituée. Sur la tête, au contraire, l'usure était moindre; tête et col, par ailleurs, conservaient leurs axes respectifs et l'on comprenait alors fort bien que si l'affection avait été livrée à elle-même le membre abandonné dans une position vicieuse, l'extrémité fémorale

encore résistante enfonçait l'acétabulum ramolli, pouvait le repousser devant lui graduellement jusqu'au moment où le processus infectieux interrompu aurait alors permis le stade de réparation et de prolifération.

La pathogénie des protrusions du cotyle, telle que l'a fort bien montré Schlagenhauser et surtout Breus en 1912 et 1913, s'illustre pour ainsi dire sous nos yeux.

Henschen prétendait que cette lésion se présentait sous deux aspects très différents, étant donné que le stade moyen membraneux (que notre autopsie nous a cependant permis de vérifier) restait encore à prouver.

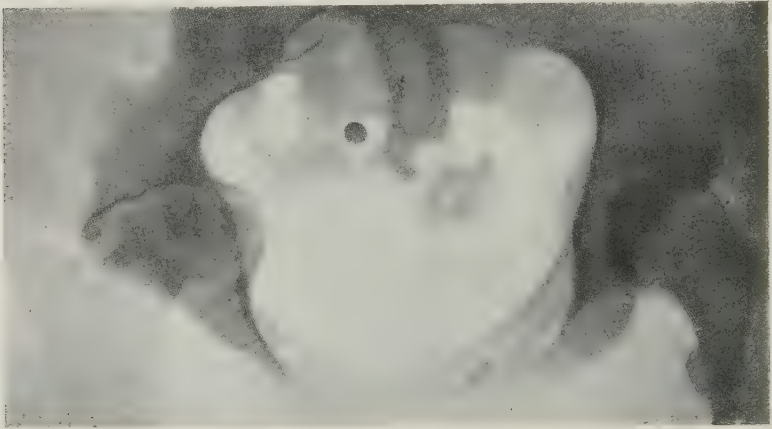


Fig. 20. — Coxite droite au cours d'une gonococcie aiguë : grosse destruction portant surtout sur le cotyle. Le fémur s'encastre profondément dans la cavité iliaque. Le fond du cotyle paraît effondré en un point et fait saillie dans le bassin (Zwicker).

1° Il y avait une forme aiguë destructrice, du type Schlagenhauser-Breus, avec perforation puis oblitération et qu'il appelait « protrusion aiguë du cotyle »;

2° Une forme progressive, sans grosse destruction, avec action et réaction simultanée du périoste exo et endo-pelvien qu'il désignait sous le nom de « migration centrale du cotyle ».

Voici plutôt comment nous comprenons les choses :

1° Tout d'abord il y a localisation et prédominance du processus inflammatoire à l'acétabulum : il se peut que dans ces cas il y ait véritablement ostéomyélite coxale.

2° L'extrémité fémorale peut être lésée, mais à un degré moindre que le cotyle; en tout cas tête et col du fémur conservent un grand axe et une consistance intactes; c'est un fait indispensable pour que la protrusion se produise. Rien ne s'oppose plus alors à ce qu'un cotyle ramolli (et peut-être

plus mince que normalement, ainsi que le voulait Schlagenhauser) se laisse refouler par un fémur relativement normal (Breus et Kolisko).

3^o Et alors, soit qu'il se produise une guérison spontanée de la coxite, soit que l'extension continue intervienne pour arrêter le processus destructeur, on reste au premier stade de la protrusion que Pelletier dénomme « stade floride », « bassin de Mondor », celui que nous a montré aussi notre autopsie, où au plancher osseux du cotyle s'est substitué un tissu membrano-périostique enflammé, mais qui sépare encore la tête fémorale du pelvis; ou bien cette dernière barrière s'effondre à son tour, il y a ulcération réelle de l'acétabulum et la tête pénètre de plus en plus profondément dans le bassin.

4^o Dans l'un et l'autre cas, la réparation va se produire : soit sur une formation périostée molle, ou si la pénétration s'est faite à travers l'ulcération du cotyle et a été finalement arrêtée par la rencontre du trochanter avec le rebord du sourcil cotyloïdien, sur la tête elle-même plus ou moins détruite. On va voir se produire une prolifération osseuse intense qui, « à cause de la situation profonde de la tête, se fait en coupole, en protrusion sur la paroi pelvienne ».

Ce sont bien les trois stades successifs envisagés par Breus :

Stade initial de lésions ulcératives;

Stade moyen de formation périostée molle en coupole;

Stade terminal d'ossification de cette coupole, constituant un processus de guérison, mais avec protrusion pelvienne définitive.

Maintenant que les processus d'enfoncement du cotyle nous sont connus, nous pouvons donc conclure avec Henschen : « Lorsque dans une coxite gonococcique le raccourcissement réel et non apparent n'est pas dû à une destruction de la tête fémorale, à une fracture ou une luxation spontanée, il faut chercher et admettre la réalité d'une protrusion centrale du cotyle, qu'en l'absence de radiographie le toucher rectal permet de diagnostiquer avec certitude. »

RADIOGRAPHIE.

Nous n'aurons en vue ici que les lésions radiologiques aiguës des coxites gonococciques. Nous ne connaissons en effet pas bien les lésions que l'infection chronique peut causer au niveau de la hanche, et nous n'en possédons pas un exemple personnel que nous puissions donner avec suffisamment de certitude comme étant blennorragique pour nous permettre de les décrire. Quant aux lésions radiographiques à distance, les quelques cas que nous avons pu suivre ne sont pas encore assez anciens pour nous autoriser à en tirer des conclusions : du reste nous nous réservons au Chapitre « Diagnostic rétrospectif » de revenir sur quelques faits et de formuler alors les réflexions que certaines images radiologiques ont pu nous suggérer.

« On fit méthodiquement des séries de radiographies » nous rapporte Coopermann dans son dernier article sur les arthrites gonococciques de la première enfance. Dans un nombre important de cas, on « constata des foyers d'ostéomyélite, des luxations pathologiques de la hanche, un retard dans l'apparition et un développement anormal des épiphyses, et des destructions osseuses au niveau de l'acétabulum ».

Si ceci se passe chez l'enfant, les images radiologiques en série des 15 cas récents dont nous avons déjà parlé et que nous avons pu suivre chez l'adulte, nous ont montré les choses suivantes :

Foyers d'ostéomyélite, lésions d'ulcération compressive, destructions osseuses étendues de la tête fémorale et de l'acétabulum, luxations fémorales, enfoncement de la cavité cotyloïde, déformations de la tête et ébauche de néarthrose acétabulaire, et même exostoses ischiatiques : sans parler des lésions d'ostéoporose intense ou de décalcification étendue.

On n'a plus le droit maintenant, depuis les observations de M. Mondor, d'ignorer les aspects radiologiques des arthrites gonococciques. On sait que les lésions sont presque constantes et rapides, mais il faut insister sur ce fait qu'à la hanche elles sont peut-être encore plus précoces, certainement plus importantes qu'ailleurs ; que jamais nous ne les avons vues manquer, et que par conséquent le « contrôle radiographique » de toute arthrite gonococcique de la hanche doit bien être « le souci constant » (M. Mondor).

Dans la littérature, la mention radiologique de ces lésions est très rare et ferait presque croire à leur méconnaissance.

Le premier examen radiologique est dû à Halipré en 1902. Sur le cliché d'une arthrite coxo-fémorale grave, on constata « l'existence d'une sorte d'encoche profonde semblant diviser la tête en deux parties, à laquelle s'ajoutaient les signes d'une luxation cliniquement évidente ».

En 1903, Kienböck signalait deux cas de coxite avec subluxation de la tête, « des contours articulaires imprécis, flous » et 10 mois et demi après, un contour de tête fémorale très noir avec une tête et une glène claires et sur une vue stéréoscopique une raréfaction des travées osseuses qui ont perdu leur direction habituelle.

Un nouvel examen radiologique du même auteur en 1912 pour une coxite puerpérale avec protrusion et qui datait de 11 ans, une simple mention d'Harsha, de Chicago en 1918 sur la destruction osseuse importante et la luxation visibles dans deux cas suivis par lui, voilà les seuls documents que nous ayons pu trouver. Ces détails ont été parfaitement ignorés en France d'ailleurs, jusqu'au rapport de M. Mondor en 1926, puisque M. Moulonguet, cherchant peu de temps avant dans le *Journal de Radiologie* à préciser les lésions radiologiques de certaines arthrites aiguës de la hanche, d'une part, n'a pas découvert ces faits malgré des recherches bibliographiques sérieuses, et d'autre part n'a fait nulle mention du gonocoque, comme susceptible de créer ces destructions osseuses importantes qui lui sont apparues à la lecture des clichés de certaines coxites aiguës dont il n'a pas pu toujours tirer au clair l'étiologie.

Nous avons dit qu'à la hanche les lésions radiographiques étaient constantes. Sachant la prépondérance des formes ostéoarticulaires dans les coxites blennorragiques, on ne peut donc pas s'en étonner, et les clichés de 17 cas que nous avons sous les yeux, pris à intervalles espacés, permettent d'en faire la preuve.

Grâce à eux nous allons du plus bénin au plus grave et nous pouvons vérifier radiologiquement la marche même de l'affection.

PREMIER DEGRÉ : Formes bénignes. — Il existe une légère décalcification sur la tête et sur le col, l'interligne est encore clair, ni diminué, ni augmenté, mais dans un cas tout au début déjà, on peut noter sur la tête fémorale au niveau de la fossette du ligament rond une légère ulcération en coup d'ongle qui est peut-être une perte de substance cartilagineuse.

Après deux mois de repos au lit et de traitement vaccinal, la recalcification s'est produite, mais l'ulcération persiste (Obs. V).

Dans un autre cas d'une forme à léger épanchement, alors qu'au huitième jour de l'affection la radiographie est absolument négative, un mois après les contours de l'acétabulum et de la tête sont flous, imprécis, l'interligne articulaire disparu, ce qui indique des lésions cartilagineuses; les os sont plus transparents, mais sans destruction apparente. La guérison, clinique d'ailleurs, a été complète et à son départ de l'hôpital la malade ne conservait qu'une légère limitation des mouvements (Obs. I).

DEUXIÈME DEGRÉ : *Formes graves.* — Ici les lésions radiologiques apparaissent très rapidement et augmentent d'un cliché à l'autre.

Très vite (à la troisième semaine déjà), la destruction cartilagineuse et osseuse existe : pincement articulaire prononcé, disparition complète de l'interligne, limites osseuses imprécises, irrégulières, hachurées, effritement du toit cotyloïdien.

Les lésions d'*ulcération compressive* se poursuivent à la fois du côté acétabulaire et du côté fémoral. Il se produit un éculement du cotyle que Broca niait dans les luxations pathologiques de la hanche au cours des arthrites aiguës, mais qui ici est certain. L'usure est visible au niveau du toit de l'acétabulum qui est comme rodé, le sourcil cotyloïdien disparaît sur une plus ou moins grande étendue; il en résulte un agrandissement de la cavité cotyloïdienne avec subluxation de la tête en haut que traduit une rupture du cintre cervico-obturateur. (Nous pouvons être seulement à la quatrième semaine de l'affection.)

La destruction peut s'arrêter ici et l'on voit sur les clichés suivants les ombres osseuses se reformer, noircir, la recalcification se produire sur un acétabulum élargi, approfondi, une tête à peu près intacte, mais luxée dans une cavité trop grande.

Dans d'autres cas l'ulcération a été prépondérante non pas au toit du cotyle, mais uniquement sur le fond. La cavité acétabulaire apparaît plus creusée, séparée du pelvis uniquement par une mince bande osseuse transparente. Du côté de la tête, ostéoporose, mais contours précis et normaux.

D'autres fois, au contraire, tout le dommage s'est localisé à la tête fémorale. Elle n'apparaît plus que comme une masse indistincte et transparente profondément encastrée dans la cavité cotyloïdienne, semblant appuyer sur le fond même et se continuant par un col décalcifié mais intact, alors que le rebord de l'acétabulum (par suite de l'extension continue peut-être) se reforme, paraît plus consistant et offre, avec parfois un bec osseux de plus en plus net, une sorte de butoir à la tête. Dans ces cas, il n'y a pas de subluxation, pas de rupture du cintre cervico-obturateur, mais possibilité de refoulement intra-pelvien du fond acétabulaire.

Le plus généralement les lésions portent à la fois sur le cotyle et la tête et sont alors nettement visibles sur les clichés radiographiques, parfois après 6 semaines de maladie seulement, et sous la forme suivante :

L'acétabulum apparaît considérablement agrandi, mal limité, à contours irréguliers et flous; la moitié inférieure est vide, désertée; vers le haut de la cavité, une tête fémorale partiellement ou entièrement détruite. L'épiphyse du fémur est devenue méconnaissable, rongée, effritée, avec un aspect de sucre qui fond, appuyée sur un rebord cotyloïdien détruit. Parfois le rebord plus net, tranchant et dur encore, semble creuser une encoche sur la tête, sillon plus ou moins marqué qui peut aller jusqu'à paraître « diviser la tête en deux parties » (Halipré, M. Mondor) et qui

correspond bien à ce qu'avaient vu Karewski et Bennecke sur l'os lui-même.

« Tantôt ce sourcil semble avoir coupé une tête ramollie, tantôt il semble écrasé par le moignon de la tête. »

L'ascension par agrandissement de l'acétabulum, et disparition de la tête est de 2, 3, 4^{cm}.

En plus de ces lésions primordiales, on peut voir un amincissement du plancher cotyloïdien avec un léger refoulement du fond vers le bassin.

Nous noterons tout à fait à part ce cas où apparaissait comme seule lésion, en dehors d'ostéophytes nombreux sur l'ischion, une sorte de caverne en pleine tête fémorale, mais qui est à rapprocher des faits de Coopermann où dans deux cas il y avait « des zones d'absorption osseuse au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus et dans un autre cas au niveau de l'extrémité supérieure du cubitus (voir *fig. 11*) ».

Images tardives. — Plus tard apparaissent enfin des images de stabilisation des lésions. Les contours se précisent à nouveau, les ombres osseuses s'accroissent, c'est la traduction de la réparation. Les destructions persistent: généralement agrandissement du cotyle, luxations, sauf pourtant dans le cas de Schwab où il note sur une radiographie, après un mois d'appareillage et d'extension, « disparition de la luxation », et dans celui de MM. Langeron et Delcour : « La tête se trouve dans une situation voisine de la normale. Le cintre cervico-obturateur n'est plus rompu, mais seulement déformé, le sourcil cotyloïdien est nettement restauré. »

Dans nos observations personnelles, ce que nous avons toujours constaté après des formes graves ce sont des déformations de la tête plus ou moins considérables, l'apparition, deux fois, d'une nouvelle facette articulaire cotyloïdienne en face d'une tête aplatie, mais à contours nets et bien recalcifiée, l'interligne se montrait irrégulier mais visible avec précision.

Une radiographie faite deux ans après le début d'une coxite gonococcique chez une malade dont M. Mondor donnait l'observation dans son livre des *Arthrites gonococciques*, montre que le renflement de la tête n'existe plus, que la ligne du col fémoral semble se continuer directement vers l'iliaque et s'y enfoncer, soudé fortement à lui sans aucune démarcation, et entre les deux os les travées de néoformation osseuse apparaissent très nettes sur l'image radiographique (voir *fig. 2*).

L'ébauche de protrusion signalée par Coudray pour ce cas persiste toujours.

Les ombres osseuses sont denses et homogènes.

Kienböck, dans un cas datant de 11 ans, signalait une intensité très faible des ombres avec des taches claires d'atrophie osseuse.

PRONOSTIC.

Nous avons suffisamment étudié les complications importantes de la coxite gonococcique (luxations, protrusions) pour pouvoir tirer de faciles conclusions sur le pronostic de cette arthrite et voir que le problème de l'avenir de ces malades réside presque uniquement dans les séquelles de semblables complications.

La coxite gonococcique peut aboutir à la mort, nous l'avons vu, et ceci peut-être plus fréquemment que pour d'autres localisations articulaires de la blennorragie, par tendance à suppurer, à entraîner une polypyarthrose, à s'associer d'autres septicémies dont le point de départ sont les escarres presque inévitables.

Bennecke avait noté déjà autrefois que le processus blennorragique est à la hanche d'une gravité particulière : « Les raccourcissements, les ankyloses sont les suites normales de ces lésions qui sont graves », disait-il et König à sa suite, ajoutait que ceci se voit dans la moitié des cas, par conséquent de façon très supérieure à ce que l'on constate pour les autres coxites.

Si l'ankylose est presque inévitable comme pour toute arthrite blennorragique, elle est à la hanche l'aboutissement plus fatal encore, parce que généralement ici d'une « ténacité extrême », elle oblige à une immobilisation prolongée.

Or, on sait la gêne que peut être une ankylose de la coxo-fémorale et à plus forte raison une ankylose bilatérale, nous en avons un exemple par cette malheureuse femme dont Paci nous entretient et qui était dans l'incapacité absolue d'écarter même légèrement les deux cuisses, ou par ce malade de Baumler ankylosé des deux hanches qui ne pouvait travailler qu'assis sur un haut tabouret. Mais « ce qu'il faut souhaiter » avec König et surtout surveiller, c'est « que cette ankylose se fasse dans une attitude aussi peu gênante que possible ». Ceci n'est peut-être pas en effet « toujours facile à réaliser », et la malade de Bénasson était après un séjour prolongé dans une gouttière, fixée en adduction forcée, ce qui rendait la marche à peu près impossible, de même qu'un des malades de Harsha pour lequel il fallut faire une ostéotomie sous-trochantérienne et une reposition en abduction afin de redonner au membre un fonctionnement possible.

La malade de Brès, après immobilisation plâtrée, était « absolument difforme, membre fléchi et en forte abduction ». Hamann dut intervenir une fois pour une ankylose osseuse en flexion et abduction forcée, une

autre fois encore pour un membre complètement « éversé », dit-il, et Grise! nous rapporte qu'au bout de deux ans la hanche de la petite fille qu'il eut à soigner, incapable de tout mouvement même passif, revenait peu à

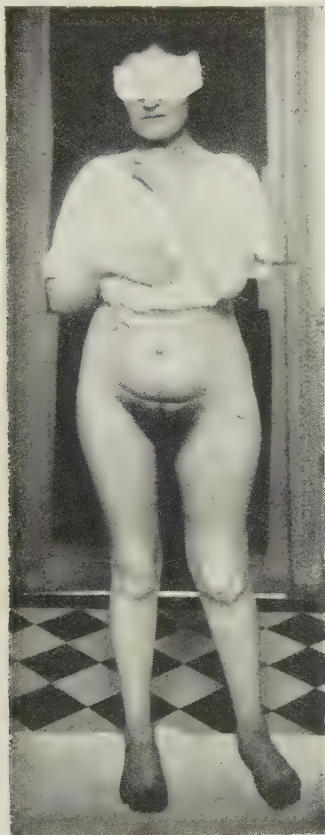


Fig 21. — Ankylose en extension et abduction du fémur gauche huit mois après une coxite à évolution grave. Allongement apparent du membre. La malade marche en fauchant (voir les figures 2 et 14).

peu par suite de la marche à sa situation vicieuse du début en adduction et rotation en dedans.

On comprend donc l'apitoiement de Cuq et le « mauvais souvenir » que lui laissa « un pauvre artilleur » ankylosé de la hanche et du genou à la suite d'une gonococcie, et qui, réformé sans la moindre gratification, « fut rendu à la vie civile dans un état peu propre à gagner sa subsistance ».

Les raccourcissements ne sont pas moins à redouter, puisqu'on sait la fréquence des formes ostéo-articulaires et des luxations qu'elles entraînent,

et doivent être enrayés par tous les moyens possibles. Inévitables parfois et ceci malgré un traitement énergique et tôt appliqué, ils constituent associés à l'ankylose une infirmité sérieuse.

König, sur ses 20 malades, eut une mort par pyélonéphrite et seulement 5 guérisons.

Sur les 14 malades restants, il considérait que la moitié présentait de grosses séquelles, raccourcissements importants, ankyloses, douleurs persistantes; les sept derniers n'avaient que des troubles relatifs.

Bennecke citait ainsi un de ses malades qui, 1 an et demi après son arthrite, souffrait encore au point d'être très gêné dans son travail, et un autre garçon de 22 ans qui, 16 mois après son départ de l'hôpital était dans « un triste état ». La douleur était demeurée vive; il y avait encore du gonflement, un raccourcissement de 2^{cm}, une ankylose gênante et une impossibilité absolue de travailler.

Pourtant même, dans les formes graves de coxites et malgré la luxation ou la destruction osseuse considérable, le pronostic fonctionnel peut ne pas être désespéré, puisque MM. Langeron et Delcour rapportaient dernièrement le cas d'une de leurs malades qui, au deuxième mois d'une forme sévère, présentait des lésions osseuses considérables et une luxation pathologique. Le raccourcissement était important de 5^{cm} mais il n'y eut jamais aucune ankylose, la hanche était mobilisée parfaitement dans tous les sens et sans douleur, au troisième mois de l'affection, après un traitement vaccinal et autohémothérapique. A la suite, une extension continue de 4 mois amenait une réparation des surfaces articulaires et une « réduction de la luxation ». Il est vrai qu'il persistait un raccourcissement de 3^{cm} du fait de la disparition complète de la tête fémorale, mais les mouvements actifs étaient parfaits dans tous les sens, sans douleur et sans limitation. La marche, extrêmement facile avec une canne, est de plus en plus possible sans aucun appui. Et malgré une légère claudication il faut bien conclure avec les auteurs que la « restauration fonctionnelle est suffisante et même bonne si on la compare aux conséquences habituellement désastreuses de cette affection. »

Une toute récente observation de MM. Papin et Magnant de Bordeaux nous montre une coxite attribuée par les auteurs à la gonococcie et qui se termina par une laxité articulaire vraiment surprenante. Les lésions osseuses furent pourtant considérables. Il n'y eut pas de luxation, mais la disparition totale de la tête amena un raccourcissement du membre inférieur de 3^{cm} environ. Malgré cela, les mouvements de la cuisse sont absolument normaux, et la marche très facile s'accompagne seulement d'une très légère boiterie.

A quoi attribuer ces résultats heureux ?

Pour le cas de MM. Langeron et Delcour le traitement d'extension, que l'on peut seul préconiser dans ces cas graves, ne fut pas appliqué tout au

début; il n'est pas question de traitement médical dans l'observation de MM. Papin et Magnant, et d'ailleurs ce n'est pas lui qui peut empêcher les destructions osseuses, ni pendant longtemps les symptômes généraux sérieux, et l'on n'a jamais vu un vaccin ou l'autohémothérapie enrayer les ankyloses. Faudrait-il donc croire avec les anciens auteurs que la puerpéralité et l'accouchement ont eu, tout au moins dans le premier cas, une influence bienfaisante ?

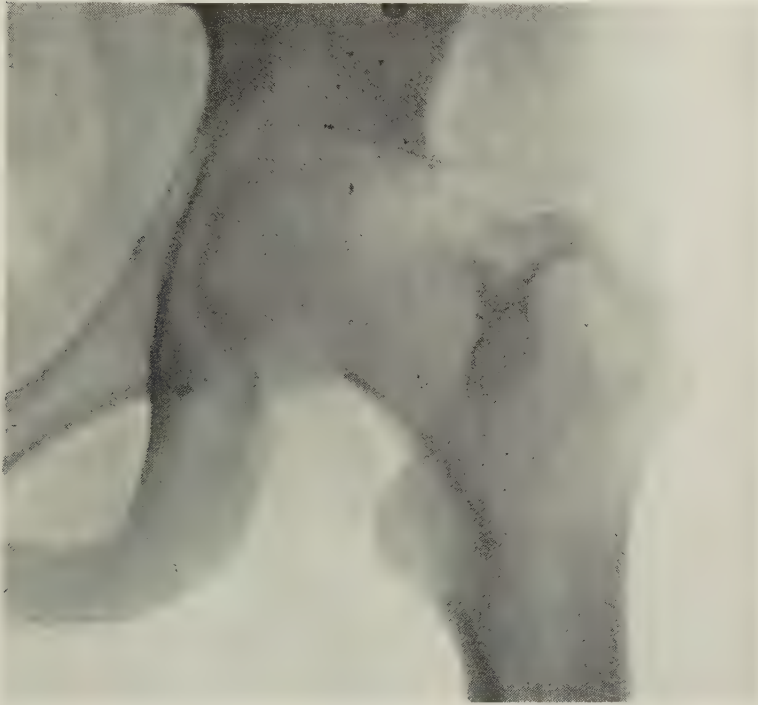


Fig. 22. — Malade de l'observation 3 (voir la figure 9). Au deuxième mois de l'évolution de l'arthrite les lésions sont importantes du côté du cotyle et du fémur, mais l'extension continue, et l'immobilisation plâtrée appliquées dès le deuxième jour et sans traitement médical adjuvant ont empêché la luxation pathologique inévitable. Ankylose incomplète, bon pronostic fonctionnel.

En tout cas, après cet exemple, on ne peut pas penser comme König que « les suites bénignes apparaissent exclusivement chez des sujets traités énergiquement dès l'extrême début de la localisation coxale ». Mais plutôt qu'il existe incontestablement des formes plus ou moins ankylosantes.

Nous en avons d'ailleurs la preuve dans deux observations que nous avons rapportées déjà.

L'une est cette malade de M. Mondor vue au stade de luxation patho-

logique survenue à la suite d'une arthrite puerpérale traitée uniquement par l'immobilisation et qui, malgré un raccourcissement de 3^{cm} et tous les signes radiographiques d'une ankylose osseuse, conserve une flexion de sa hanche suffisante pour s'asseoir ainsi que nous le montre la figure de la page 139.

L'autre est le cas de ce jeune garçon de 19 ans, atteint d'une forme sérieuse de coxite traitée très énergiquement dès le début par extension continue et plâtre et quelques injections de vaccin, qui n'eut jamais d'ankylose complète et conserve actuellement 20° de flexion dans sa coxo-fémorale, qu'on ne peut augmenter, il est vrai, malgré une mobilisation énergique et toutes les apparences radiographiques d'une ankylose uniquement fibreuse, impossible à vaincre cependant sous anesthésie.

Un cas d'Hamann est typique, lui, de ces sortes d'ankyloses fibreuses dues à la gonococcie. Il existait chez son malade « peu ou pas de mobilité de l'articulation, mais une véritable contracture de tous ses muscles péri-articulaires ». Sous anesthésie on parvint, en employant une grande force, à rompre les adhérences, et « l'amélioration fut notable bien que la restauration parfaite fût impossible à obtenir ».

Nous ne ferons que rappeler encore les protrusions cotyloïdiennes sources de dystocies pelviennes, graves par conséquent chez la femme dans les cas de grossesse. Si l'arthrite blennorragique n'aboutit jamais chez l'enfant, aux dires des auteurs, à une ankylose osseuse véritable, il existe néanmoins, comme l'a montré Grisel, des ankyloses fibreuses à la fois articulaires et péri-articulaires « par rétraction et dégénérescence fibreuse des muscles, des ligaments, des aponévroses et du tissu cellulaire interstitiel lui-même ».

Mais ce qui rend dans le tout jeune âge le pronostic si sombre, c'est la luxation qui fait de ces nourrissons des infirmes pour la vie. Comme Coopermann l'a montré, il est en effet à peu près impossible de maintenir réduites ces luxations qui se reproduisent en grande partie à cause des lésions du cadre osseux. D'autre part, ajoute Coopermann, même dans les cas où la réduction a été obtenue, « les articulations coxo-fémorales sont devenues anormales, néoformation de facettes articulaires, déformation de la tête ou du col fémoral, retard de croissance des épiphyses, retard d'apparition des centres d'ossification, fragmentation et même absorption complète de l'épiphyse fémorale; il s'ensuit des raccourcissements irréductibles, une mobilité limitée, de la boiterie quand l'enfant commence à marcher; le dommage est irréparable ».

N'oublions pas enfin la gravité de l'affection chez l'enfant et son pronostic souvent fatal.

Reconnaissons toutefois que certaines formes bénignes de la coxite sont exemptes de toute gravité fonctionnelle, même dans certains cas de lésions osseuses, soit que l'ostéite trop profonde de la tête n'entraîne pas de réaction

articulaire, soit que, peu intense, elle ait été interrompue dans son évolution destructrice : nous en avons vu guérir avec comme séquelle une simple et minime limitation des mouvements.

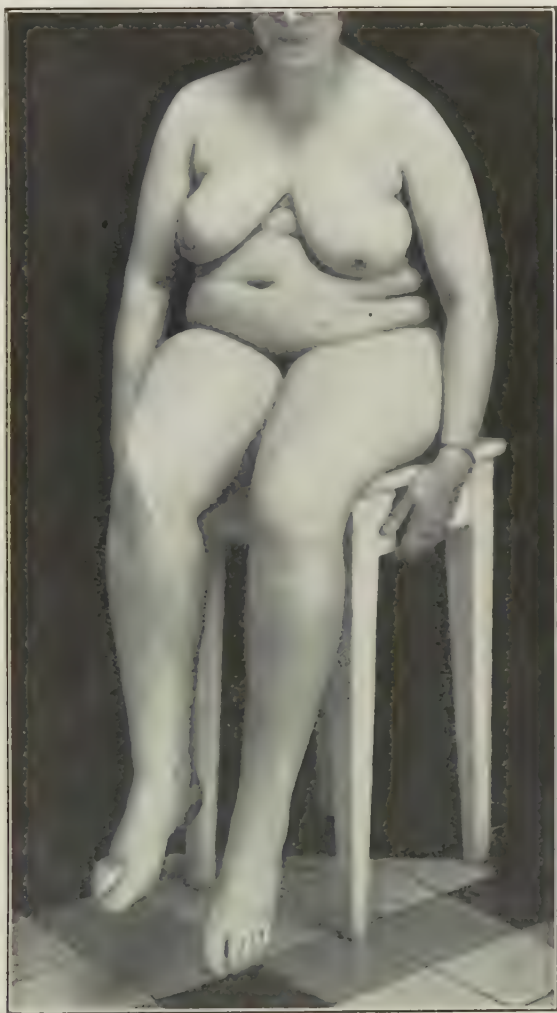


Fig. 23. — La malade G. B..., cinq mois après le début d'une coxite grave :
bonne adaptation fonctionnelle (In Mondor).

« Sans parler des cas graves de suppuration des anciens auteurs où « le pus se fait jour en avant et en arrière de l'acétabulum avec fistules interminables et évolution semblable à celle de la plupart des tumeurs blanches »

(Richet), ni de la transformation en coxalgie d'une coxite gonococcique comme le signalait Rollet et dernièrement encore MM. Cathelin et Grandjean, qui n'est pas du tout prouvée, ou en tout cas fort rare, nous pouvons conclure que le pronostic de toute arthrite blennorragique de la hanche est, dans la majorité des cas, grave.

« Le mieux, pour le malade, disait König, est de tomber d'emblée entre les mains d'un chirurgien qui évacue le liquide articulaire, ce qui diminue la douleur et permet une attitude correcte. » On peut ajouter : et qui sache que *l'extension continue seule est susceptible d'arrêter la marche des lésions destructives, par conséquent d'empêcher les luxations et les protrusions cotyloïdiennes.*

Pour finir, nous donnerons le tableau pronostic de 17 coxites gonococciques que nous avons toutes pu suivre jusqu'à maintenant et dont la plus ancienne date de 8 ans.

Sur ces 17 malades il y eut une mort vraisemblablement par septicémie, du fait des escarres.

Des 16 autres malades, 5 seulement ne firent pas de luxation : parmi ceux-ci nous avons deux formes osseuses légères, qui guérissent vite par le repos et le traitement vaccinal et qui conservent seulement une limitation peu marquée de la flexion et de l'adduction.

Un cas d'ostéite du col sans grand retentissement articulaire ne présente à l'heure actuelle comme troubles fonctionnels que des douleurs persistantes.

Enfin, deux formes osseuses graves, mais sans luxation, gardent quelques degrés de mouvements dans leur articulation coxo-fémorale, suffisants pour pouvoir s'asseoir facilement et même l'un des deux conduire une automobile. L'ankylose incomplète est d'ailleurs compensée en grande partie par les mouvements de la colonne vertébrale.

Parmi les 11 malades guéris avec luxation et raccourcissement plus ou moins important, une seule n'est que partiellement ankylosée : la station assise est facile et la claudication peu accentuée, du fait de la bascule du bassin.

Deux autres malades ont dû être opérées ultérieurement pour ankylose en mauvaise position. Chez l'une, la correction a pu se faire sous anesthésie et appareils plâtrés successifs, l'autre a dû subir une ostéotomie sous-trochantérienne. Les résultats sont maintenant satisfaisants.

Enfin, les 8 autres malades peuvent toutes retravailler. La claudication, plus ou moins accentuée, est sous la dépendance du plus ou moins grand raccourcissement à la suite de la luxation.

Malgré ces résultats qui paraissent excellents pour qui a suivi les malades à la période aiguë de leur affection et a été témoin de leurs souffrances abominables, le pronostic de la coxite gonococcique franche aiguë est toujours sérieux et l'on peut conclure avec König : « Le malade dont la hanche fut touchée par le gonocoque demeure pour la vie un infirme. »

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de coxite gonococcique est intéressant à faire et demande à être posé suffisamment tôt pour éviter autant que possible les désastres que nous connaissons.

Une première chose est nécessaire, c'est naturellement de savoir reconnaître qu'il y a arthrite et parfois arthrite très aiguë de la hanche. La localisation du mal est primordiale et l'erreur tout au début n'est pas admissible. Faut-il rappeler des erreurs classiques et déjà citées ? Un diagnostic de fracture du fémur posé parce qu'il y a eu traumatisme important précédant les accidents (Bennecke) ou d'avortement prochain à cause de douleurs qui paraissent abdominales et s'accompagnent de signes alarmants (Silberstein), de paramérite (Spencer), du fait de douleurs intenses dans la région inguinale gauche, de psoïtis (Drehmann) ou encore d'abcès pelvien à cause d'une tuméfaction sentie dans la profondeur du bassin (Schlagenhafer).

Chez la jeune malade de M. Mondor, les médecins firent les diagnostics successifs d'arthrite rhumatismale, de coxalgie, enfin de phlegmon ischio-rectal ⁽¹⁾.

Les cas étiquetés phlébites, chez la femme accouchée surtout, sont nombreux et peut-être encore davantage ceux soignés indéfiniment comme sciatique, alors qu'il y a en réalité atteinte de l'articulation coxo-fémorale (Sonnenburg).

Pour le nourrisson, Coopermann nous rapporte qu'on pensa surtout à des paralysies obstétricales, ou à des pseudo-paralysies² de Parrot; dans un cas le médecin fit le diagnostic de paralysie infantile, un deuxième médecin de fracture du fémur « parce que la partie supérieure de la cuisse est grosse et sensible ». On fut finalement très étonné de se trouver devant une image radiographique de luxation et le véritable diagnostic ne fut fait que 15 jours après à l'hôpital de Philadelphie.

La première erreur à éviter, c'est d'étiqueter d'emblée toute polyarthrite rhumatisme articulaire aigu et de la traiter comme tel. On sait combien la médication salicylée prolongée peut être dans ces cas pernicieuse, d'autant plus que certaines formes blennorragiques paraissent dans leur début réagir au traitement spécifique du rhumatisme, alors qu'en réalité elles évoluent vers la coxite la plus typique et parfois aussi la plus grave et la plus destructrice.

(1) Il faut relire l'observation VIII p. 86 : la malade fut successivement considérée comme atteinte de psoïtis aiguë, puis d'affection abdominale et finalement on tenta l'ablation de l'appendice sans résultat d'ailleurs.

Relisons l'observation de MM. Bazy et Capette :

Germaine R..., bonne, 14 ans et demi, prise le 4 février, après une course un peu longue, de douleurs au niveau de l'épaule gauche et du cou-de-pied droit : le jour suivant, douleurs à la hanche gauche. Entrée le 9 février, placée en médecine avec température à 39° et localisation nette au cou-de-pied droit. Diagnostic : rhumatisme articulaire aigu et cependant, malgré le traitement par le salicylate, les phénomènes articulaires s'amendent peu et la température persiste entre 38 et 39°, 5.

27 février : arthrite du genou; le salicylate momentanément suspendu est repris avec plus d'intensité.

Le 6 mars, ponction du genou; 50^{cm} de pus, pas de microbes.

10 mars, 1 mois après le début des accidents, malgré l'absence de blennorragie et même de vulvo-vaginite suspecte, le diagnostic d'arthrite purulente probablement d'origine blennorragique est porté.

Arthrotomie le 11 mars; culture du liquide : gonocoques en abondance.

Ce sont ces formes qu'autrefois on aurait appelées et qu'on appela pendant si longtemps « arthrites purulentes du rhumatisme articulaire ». Beaucoup de vieilles observations ont cette allure* et pourraient être ainsi longuement discutées. Dans ce cas, tout y est pour prêter à confusion, la course un peu longue qui provoque le déclenchement de l'affection, les localisations multiples, et les médecins hésitèrent encore trop longtemps puisque ce fut seulement au bout d'un mois de médication salicylée de plus en plus intense qu'il fallut bien se résigner au diagnostic d'arthrite purulente probablement blennorragique jusqu'à la découverte du microbe lui-même.

Combien de fois les observations nous apparaissent-elles sous l'aspect suivant : MM. Laroyenne et Pollosson présentaient en 1922 à la Société de chirurgie de Lyon un jeune homme de 16 ans, opéré pour une ankylose des deux hanches. Tout ce qu'on savait de l'histoire clinique de cette ankylose, c'est qu'elle était survenue à la suite d'une maladie de nature indéterminée qui dura 4 mois, s'accompagna de fièvre élevée, de plusieurs localisations articulaires guéries sans laisser de traces, sauf du côté des deux hanches qui demeurèrent complètement soudées. La marche ne se faisait qu'avec des béquilles.

Dix mois environ après la guérison de l'affection aiguë, Laroyenne et Pollosson pratiquèrent une arthroplastie unilatérale qui leur montra une ankylose osseuse complète.

René Pelletier a bien voulu nous confier le cas suivant qu'il a eu l'occasion d'examiner tout récemment :

M^{me} D..., 24 ans, est une jeune femme enceinte de 7 mois, primipare, qui se présente avec une ankylose totale en légère flexion de l'articulation coxo-fémorale gauche et chez laquelle le toucher vaginal révèle un certain degré de rétrécissement du bassin, une épine sciatique gauche saillante avec redressement de l'arc acétabulaire. Elle raconte que depuis l'âge de 12 ans, elle avait d'abondantes pertes blanches avec brûlures au niveau de la vulve et douleurs à la miction quand un jour, à 15 ans, brusquement, sans cause appréciable, elle fut prise d'hyperthermie (39°, 5), avec

mauvais état général. Soignée en Belgique lors de l'occupation allemande, ces symptômes, qui durèrent quelques jours, furent intitulés « grippe ». Il n'y eut à aucun moment de localisation pulmonaire, puis tout à coup elle présenta dans la hanche gauche des douleurs extrêmement vives avec grosse tuméfaction de toute la racine de la cuisse; vraie cuisse en gigot. Tous les mouvements étaient affreusement douloureux, la palpation très pénible dans le creux inguinal et la température monta à 40°,₁ le soir pendant 4 jours.

Les renseignements, cliniques, thérapeutiques sont très pauvres; on sait seulement qu'on institua aussitôt et pendant 3 mois une extension continue rigoureuse et qu'une série d'injections sous-cutanées, sur laquelle la malade ne donne aucune indication de nature, amena une chute de la température et une amélioration certaine.

Après 9 mois de séjour au lit, la hanche était complètement ankylosée dans la position en légère abduction et flexion que l'on constate aujourd'hui. Elle était devenue complètement indolente et n'a recommencé à faire souffrir que 9 ans après, à l'occasion de la grossesse actuelle.

Voici une autre observation due à M. Moulonguet :

L..., âgée de 20 ans, se présente en mars 1915 avec une ankylose de la hanche droite. Cette ankylose a succédé à une arthrite survenue sans cause connue 18 mois auparavant. Elle a été traitée par le décubitus sans appareillage.

Il s'agit d'une ankylose en flexion à 45° et légère adduction. Il y a une ankylose complète.

La radiographie montre une irrégularité considérable du toit du cotyle qui est festonné, la tête fémorale en regard est très irrégulière et les deux os sont soudés sur une grande étendue par des adhérences fibreuses. Le cotyle est légèrement agrandi dans le sens vertical, la ligne des cintres est brisée. Ce sont là des lésions anciennes, cicatrisées, comme le montre la densité de l'os au niveau du toit du cotyle; il y a une « bordure de deuil »; nous rappelons que cette radiographie a été faite 18 mois après le début de l'arthrite coxo-fémorale.

Sous anesthésie générale, mobilisation de la hanche avec craquement; on peut mobiliser la cuisse très complètement et en tous sens, et ce faisant on entend de gros craquements indiquant l'irrégularité des surfaces qui roulent l'une sur l'autre. Appareil d'Hennequin (professeur Hartmann).

En mai 1915, en décembre 1915, en février 1916, on mobilise de nouveau la hanche sous anesthésie et en même temps on applique une extension continue très forte.

La malade est depuis lors en bonne santé; elle boite fort peu. Nous n'avons pu la revoir.

Quelles sont les maladies à allure de polyarthrite fébrile, graves, capables d'aboutir à ces ankyloses osseuses multiples?

Les Anglo-Saxons émettent volontiers l'hypothèse d'arthrites infectieuses à porte d'entrée dentaire ou intestinale, mais il faut bien avouer que nous les connaissons mal en France.

Faut-il rejeter d'emblée la tuberculose?

On sait à quelles discussions ont donné, et donnent lieu encore, les rhumatismes ankylosants bacillaires.

L'on doit à M. Mondor une belle observation qui, si elle n'intéresse pas la hanche, montre cependant à quelles difficultés peut se heurter la clinique.

Une jeune fille de 19 ans m'est envoyée pour ankylose des deux poignets. La maladie

a débuté de la façon la plus fébrile par une polyarthrite grave avec 40°, traitée par le salicylate et la glace sur le cœur. La malade est restée couchée 4 mois avec de la fièvre et un mauvais état général. Sept mois après le début, elle a les deux poignets ankylosés. Je découvre une arthrite sterno-claviculaire qui n'a jamais attiré l'attention et qui orienterait volontiers vers le diagnostic de polyarthrite blennorragique. Mais trois prélèvements vulvaires et urétraux sont négatifs. La radiographie par M. Vignal montre d'importantes lésions osseuses; ostéite perlée, cavités épiphysaires à l'emporte-pièce. Réaction de fixation au gonocoque négative, réaction de fixation à la tuberculose, positive franchement. En menant complètement une enquête avec l'aide de M. Vignal, nous apprenons que cette jeune fille a été opérée d'une tuberculose splénique. Est-ce un rhumatisme tuberculeux des plus fébriles, est-ce une polyarthrite blennorragique chez une jeune fille tuberculeuse ?

Nous connaissons une autre malade de 26 ans qui, ankylosée des deux poignets, présente aussi une grosse périostite sterno-claviculaire, tout ceci à la suite d'une affection grave fébrile polyarticulaire survenue à l'âge de 14 ans et qui ne fut pas identifiée. Cliniquement, il n'y a aucune notion de bacillose chez cette malade, mais dernièrement des prélèvements faits au niveau de la *synoviale du poignet* ont montré nettement des lésions que l'on est en droit de rattacher à la tuberculose.

Par conséquent, ni le jeune âge des malades, ni la forme grave fébrile, ni la polyarthrite ne doivent faire écarter d'emblée un diagnostic de tuberculose, et lorsque Grisel élimine pour sa jeune malade le rhumatisme tuberculeux ankylosant sous prétexte qu'il n'y a pas « de lésion bacillaire ancienne viscérale, ganglionnaire ou squelettique, qu'elle a été prise brusquement en pleine santé d'une maladie d'allure infectieuse avec hyperthermie qui, dès le premier jour, a dépassé 41°, que la convalescence a été très franche et que, depuis deux ans, un état de santé excellent écarte tout soupçon de tuberculose latente », on pourrait lui objecter que tous ces arguments ne suffisent pas.

Le problème peut être encore plus complexe dans les formes chroniques, et dans certains cas, extrêmement difficile à résoudre.

Le voici tel qu'il se pose constamment au clinicien dans la pratique de chaque jour :

Un malade de Lyle contracte blennorragie et syphilis à 21 ans et à 24 ans la dysenterie aux Indes. A l'âge de 25 ans il remarque pour la première fois de la douleur et de la raideur du genou droit.

Cette douleur que le major appelait « sciatique », le gênait à intervalles irréguliers; graduellement et lentement, elle devient constante et la douleur et la raideur parviennent à s'installer dans la hanche droite. Après la guerre des Boers tout cela s'aggrava et il fut réformé avec le diagnostic de rhumatisme goutteux de la hanche. Depuis 2 ans il ne peut plus travailler, ne peut plus marcher sans douleur intense et a une limitation notable des mouvements. Immobilisation, repos, air chaud et tous les remèdes anti-rhumatismaux ont échoué. Il vient pour se faire opérer.

A l'examen douleur et raideur dans la hanche droite. Marche en boitant, la cuisse fléchie est en adduction. La hanche droite est plus proéminente que la gauche, le grand

trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton Roser. Il semble qu'il y ait de la périostite autour de l'articulation avec crépitation et craquements.

La rotation et l'abduction sont douloureuses et *très* limitées; l'hyperextension est impossible. Il y a flexion modérée avec atrophie musculaire.

Raccourcissement apparent de 1,25 inch: raccourcissement réel 0,5 inch. La radiographie montre l'interligne articulaire très diminué avec une couronne d'ostéophytes entourant l'acétabulum.

A quoi songer ici, à la syphilis, à la dysenterie, ou à la blennorrhagie elle-même?

La forme chronique de la bacilllose articulaire est, elle, certainement plus connue et plus facilement admise, même chez les jeunes sujets, mais c'est la gonococcie qui, à son tour, ne doit pas être écartée en raison de l'âge tendre du malade.

Une observation allemande de Froelich relate le cas d'une jeune fille de 18 ans qui, à 12 ans, fait une douleur du genou avec ankylose progressive en flexion. Le mois suivant, mêmes phénomènes du côté de la hanche gauche, ceci presque sans douleur ni gonflement et sans fièvre. Un an après, la hanche droite est prise de la même façon, puis successivement les épaules et le rachis presque en entier. A l'examen, les deux hanches sont en adduction légère, indolores, avec une ankylose qui paraît osseuse, mais la radio montre des ombres osseuses normales.

Froelich interprète son cas dans le sens du rhumatisme de Poncet parce que sa malade avait un frère mort de tuberculose. Mais ceci n'est vraiment pas une preuve suffisante et l'on sait, d'autre part, que la gonococcie est responsable de faits absolument identiques.

Nous ne parlerons pas des diagnostics à écarter en face d'une arthrite de la hanche, fût-elle même chronique. Savoir la différencier de la périarthrite coxo-fémorale que Duplay décrivait en 1874, de la sciatique dont Françon et Merklen dernièrement donnaient les signes différentiels d'avec la coxarthrie: souffrance localisée surtout au pli de l'aîne, parfois à la partie postéro-supérieure du grand trochanter dans la coxarthrie; scoliose croisée dans la sciatique funiculaire, directe dans la coxarthrie; dans cette dernière affection enfin et au début, signe de Lasègue inversé, c'est-à-dire la flexion directe de la cuisse sur le bassin, la jambe étant étendue, reste toujours possible au delà de 90°, tandis que extension et adduction en flexion forcée (A. Léri) sont précocement réduites.

Naturellement aussi il faut savoir reconnaître la coxite à la période de luxation, ne pas dire devant des douleurs persistantes, sciatique, sans chercher davantage, ou même phlébite sous prétexte que l'accident est survenu à la suite d'un avortement, d'un accouchement et affirmer en face d'une limitation des mouvements d'un raccourcissement évident « que tout rentrera dans l'ordre avec la marche ».

A cette coxite, à cette luxation enfin reconnues, il faut donner une étiquette étiologique, et ceci n'est pas toujours aussi facile qu'il le paraît

par les seuls moyens de la clinique, car les arthrites aiguës de la hanche se ressemblent singulièrement entre elles, quelle que soit la cause qui les engendre. Nous en avons la preuve dans quelques observations que nous allons rapporter.

M. Kirmisson présentait en 1913 à la Société de Chirurgie la radiographie d'une hanche de fillette atteinte de double arthrite coxo-fémorale suppurée que ni la clinique ni la bactériologie n'avaient pu identifier. Il y avait

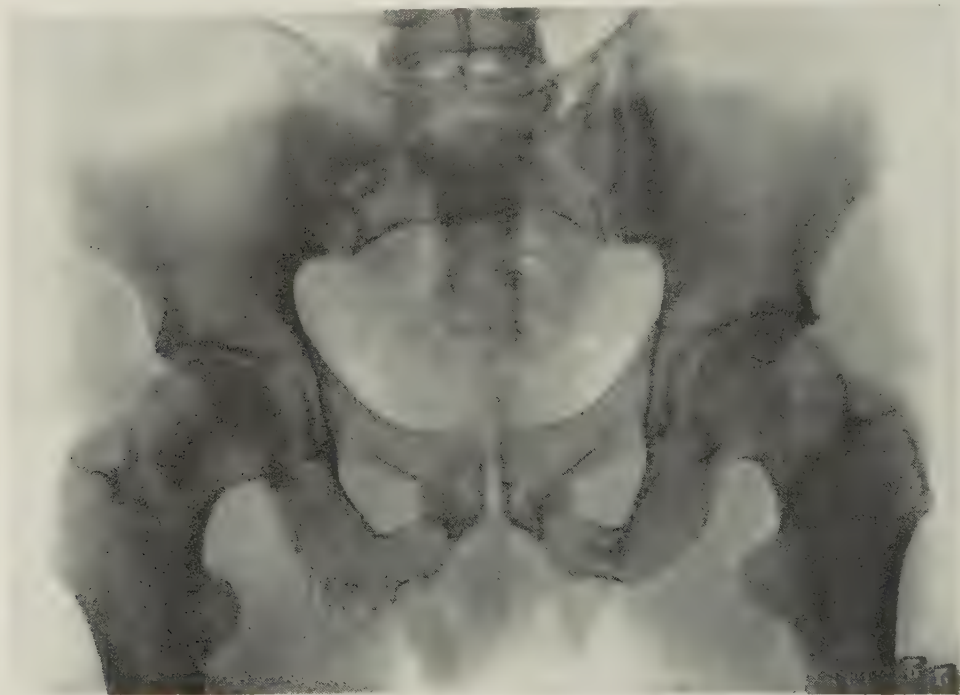


Fig. 24. — Seize mois après une première radiographie la géode en plein col fémoral persiste et les exostoses de l'ischion se sont encore accrues (voir les figures 11 et 12).

luxation de l'extrémité supérieure du fémur dans la fosse iliaque externe, extrémité supérieure « qui était pour ainsi dire décapitée ».

M. Nicod de Lausanne rapportait au dernier Congrès d'Orthopédie le fait suivant : Un jeune homme de 20 ans a eu à 12 ans, à la suite d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, une luxation complète de la hanche droite. Après la ponction, le liquide examiné bactériologiquement et inoculé au cobaye ne parut point tuberculeux. Réduction facile. Reluxation en extension. Réduction nouvelle et fixation dans un appareil plâtré. Huit ans après, ce jeune homme présente une ankylose osseuse des deux hanches.

Voici ensuite le groupe des arthrites puerpérales si difficiles à différencier,

comme nous l'avons déjà vu. Relisons ce cas cité par M. Moulonguet et qui ressemble à bien des cas de coxites gonococciques puerpérales :

B..., âgée de 29 ans, a été atteinte de fièvre puerpérale en février 1915. Elle est restée alitée pendant 11 mois avec des eschares sacrées; au cours de cette longue période elle a ressenti, sans qu'elle puisse préciser l'époque où elles ont débuté, des douleurs dans la hanche droite, et, en même temps, elle a remarqué que les mouvements de la cuisse étaient limités et très douloureux.

Quand la malade s'est levée, on a noté le raccourcissement du membre inférieur droit; de plus, elle avait un enraidissement considérable du genou droit et de l'équinisme bilatéral; ces désordres se sont réparés peu à peu, tandis que l'ankylose coxo-fémorale subsistait.

À l'examen, en mai 1917, le membre inférieur droit est en flexion très marquée, adduction et rotation interne; la cuisse est très atrophiée. Il y a les signes cliniques d'une ankylose incomplète; l'extension et la flexion sont complètement impossibles; l'abduction et l'adduction sont très limitées.

Au point de vue radiographique, on note du côté droit l'agrandissement vertical du cotyle, la destruction du toit de l'ostéite raréfiante de l'iléon dans cette région. La ligne des cintres est nettement brisée, il y a un décalage de 2^{cm} entre la demi-ogive pubienne et la demi-ogive fémorale. Ces lésions correspondent à la guérison spontanée par ankylose de l'arthrite qui évolue depuis deux ans.

Sous anesthésie générale, on mobilise la hanche avec de gros craquements; appareil d'Hennequin (professeur Hartmann).

La malade nous a envoyé récemment de ses nouvelles : elle dit que l'opération a très bien réussi, « ma hanche est mobile, il n'y a que l'écartement de la jambe qui ne se fait pas complètement.

Tillaux avait, en 1884, présenté à la Société de Chirurgie la pièce d'une jeune femme morte d'une arthrite aiguë de la hanche droite 15 jours après l'accouchement, sans qu'il fût possible de faire un diagnostic d'étiologie. Sur la pièce on constatait « des lésions d'arthrite coxo-fémorale au début. Les surfaces diarthrodiales gondolées en voie d'ulcération avec commencement d'ostéite des régions osseuses avoisinantes. »

Chez le nourrisson et chez l'enfant, sur quels signes, en dehors de toute notion évidente ou de précision fournie par le laboratoire, dire plutôt arthrite streptococcique ou pneumococcique ou gonococcique ? Sous prétexte que les arthrites à pneumocoques « ont une évolution rapide et bénigne », que les streptococciques ont une allure de maladie grave ? Nous savons que ce sont des arguments bien fragiles.

Grisel publiait ainsi une observation de Coudray (1908) qui l'avait vivement frappé par la ressemblance qu'elle offrait avec l'arthrite gonococcique qu'il avait eu à traiter chez un enfant.

Fillette de 14 ans, atteinte depuis 18 jours d'accidents graves du côté de la hanche droite, avec vives douleurs; température axillaire à 39°-39°, 4 pendant les dix premiers jours. On croit d'abord à une arthrite rhumatismale, mais le salicylate reste sans effet, et l'on conclut au diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. Friction au collargol. Disparition progressive de la fièvre et des douleurs, mais ankylose persistante de la hanche. Dans la suite survinrent des arthrites subaiguës du cou-de-

pied et du genou qui firent penser au rhumatisme tuberculeux de Poncet. Finalement les accidents aigus disparurent, la hanche resta ankylosée

La guérison apparente dura 4 ans, puis il y eut un retour des accidents, cette fois avec suppuration. Le foyer contournait le grand trochanter et descendait sur la cuisse; il était en rapport avec une dénudation du fémur, immédiatement au-dessous de la base du grand trochanter; près de la dénudation, l'os était irrégulier et hyperostoté.

Le pus contenait des staphylocoques dorés presque à l'état pur.

M. Grandrie, dans sa Thèse, publie l'observation suivante de M. Judet qu'il considère comme étant une coxite aiguë syphilitique :

2^o Lem..., Serge, nous est amené par le D^r Chopinet, de Crépy-en-Valois, à l'âge de 2 mois.

11 février 1916 : La hanche droite est immobilisée en flexion. La cuisse est chaude et énormément augmentée de volume. Les douleurs sont vives. Au palper, on perçoit une infiltration œdémateuse, sans fluctuation, de toute la région de la hanche.

La radiographie montre une énorme lésion du col avec périostite descendant en manchon autour de la diaphyse. Il s'agit d'une ostéite syphilitique ou d'une ostéomyélite à forme subaiguë. Nous penchons plutôt vers ce dernier diagnostic, d'autant plus que le père est atteint de furonculose à la nuque. Cependant nous tentons le traitement antisiphilitique : pendant 15 jours, frictions d'onguent mercuriel double et sirop arséno-mercuriel. Quinze jours de repos, puis nouvelle cure de sirop arséno-mercuriel. Au bout d'un mois, disparition absolue de tous les phénomènes pathologiques de la hanche. La souplesse est réapparue entière, intégrité complète de tous les mouvements, le volume de la cuisse est normal.

9 décembre 1917 : le D. Chopinet nous donne des nouvelles de ce petit malade. L'enfant a fait ses premiers pas à 10 mois, la guérison s'est maintenue complète sans que le traitement antisiphilitique ait été continué, en raison de la négligence des parents.

Voici encore une observation de Chipault (1890) et qui nous instruira des arthrites streptococciques :

J. F..., 2 mois et demi, est amené à l'hôpital par sa mère : celle-ci se plaint d'avoir eu depuis l'accouchement, des douleurs dans le ventre et d'abondantes pertes blanches.

L'enfant est mal portant depuis sa naissance. Il y a plus d'un mois et demi que ses coudes ont commencé à grossir sans qu'il ait jamais beaucoup souffert. Aujourd'hui, arthrite des deux coudes, ainsi qu'arthrite purulente coxo-fémorale droite. L'enfant est mourant lorsqu'on le reçoit à l'hôpital. Température : 39°, 5.

Mort quelques heures après.

A l'autopsie, congestion pulmonaire intense, pas d'infarctus; lésions ostéomyéliquies des deux coudes.

L'articulation coxo-fémorale droite est pleine de pus qui a fusé en partie dans la fesse, par une déchirure synoviale; sur tous les autres points, la capsule est épaisse, peu résistante.

La tête fémorale est complètement détruite; il ne reste qu'un mamelon très peu convexe au ras de l'insertion synoviale; ce mamelon est strié verticalement par des bandes de cartilages entre lesquels l'os est à nu. La section verticale de la partie supérieure du fémur a montré à la base du grand trochanter un tout petit foyer purulent intraosseux.

Rien du côté des autres articulations.

Le pus contenait du seul streptocoque.

Quant à la possibilité d'arthrite suppurée au cours d'une maladie de

Parrot comme l'a montré René Demailly, nous n'en connaissons aucune observation à la hanche, mais rien ne s'oppose en principe à son existence.

Voit-on la, coxite gonococcique seulement au stade de luxation, le diagnostic n'est pas plus aisé à première vue.

Les arthrites syphilitiques ne se compliquent jamais de subluxations (René Charry), celles de la fièvre typhoïde se voient toujours à la convalescence, les pneumococciques sont fort rares, 3 sur 213 pneumonies (Agathon), 0 sur 100 cas de pneumonies (Talamon). S'agit-il alors d'une ostéomyélite subaiguë à streptocoques ou à staphylocoques avec luxation pathologique ?

Pauline Hons... a présenté à l'âge de 3 semaines une affection fébrile s'accompagnant d'abcès multiples dont le principal siégeait au niveau de la hanche gauche. Cet abcès a guéri après incision de la face externe du grand trochanter. Il s'agissait probablement d'une ostéomyélite de la hanche à en juger par les suites : luxation pathologique du fémur dans la fosse iliaque externe (Judet).

Et à quoi attribuer cette luxation pathologique de la hanche droite au cours d'une septico-pyohémie que nous trouvons relatée dans la Thèse de Gauléjac ?

D..., 7 ans. Pas d'antécédents.

Cette enfant fut atteinte, au cours de mars 1902, d'une septico-pyohémie. Au milieu d'un cortège d'accidents généraux très graves, il se forma un grand nombre d'abcès sous-cutanés qui durent être ouverts successivement, puis luxation spontanée de la hanche droite, sans signes d'arthrites, ni de suppuration.

Le 29 mai 1902, la hanche droite présente tous les signes d'une luxation iliaque typique. La cuisse est en adduction, flexion légère et rotation interne. Le trochanter est remonté et on sent au-dessus et en arrière de lui la tête fémorale libre dans la fosse iliaque. Le raccourcissement fonctionnel relevant de l'abduction et de la flexion est tel que l'enfant ne peut mettre le pied à terre et se trouve dans l'impossibilité de marcher.

Les mouvements sont à peu près nuls : les adducteurs fortement tendus s'opposent à tout essai d'abduction.

L'état général de l'enfant et les nombreuses suppurations qui persistaient ne permettaient pas de tenter une intervention. Celle-ci n'eut lieu que le 17 septembre 1902. Dès les premières manœuvres ayant pour but de mobiliser la tête en déchirant les adducteurs, on entendit un bruit sec, et l'on constata une fracture oblique de la région sous-trochantérienne grâce à laquelle il fut facile de réduire la position vicieuse.

Le membre fut placé en abduction légère et immobilisé dans cette position au moyen d'un bandage plâtré.

Le 4 novembre, la consolidation est complète; on applique un appareil plâtré, puis un appareil en cuir moulé et on laisse marcher l'enfant.

Massage et mobilisation méthodique.

Le 10 décembre, si l'enfant fait attention à sa démarche, légère claudication de flexion. Flexion limitée à 35°. Adduction étendue. Abduction nulle.

Oschenius n'a-t-il pas enfin publié une luxation spontanée de la hanche qu'il attribue sans conteste à la grippe, bien qu'il n'en connaisse aucun cas semblable ?

Garçon de 10 mois, grippe typique, température élevée, nasopharyngite, bronchite, otite double, pyélocystite à coli-bacilles avec urines purulentes, crampes, convulsions.

A la troisième semaine, signes de douleurs avec tuméfaction de la hanche, membre en flexion.

A la radiographie : luxation. Aucun traumatisme, il faut donc bien admettre le rôle de la grippe.

On pourrait discuter encore ce rôle dans un des cas de Duplant et Péhu et dans celui de la petite fille dont Grisel nous a rapporté l'histoire.

Gash vient tout dernièrement de publier en Amérique un cas assez curieux :

Un nourrisson de 5 jours, né à terme dans de bonnes conditions est opéré d'un phimosis avec une asepsie qui paraît excellente. Le huitième jour la plaie suppure, mais après 10 jours de soins, l'enfant sort de la Maternité. La plaie opératoire est encore enflammée, la température est toujours élevée, le poulx est rapide, le nourrisson vomit et a de la diarrhée. Persuadé que la manière dont l'enfant est nourri est la seule cause de ce mauvais état général, l'accoucheur adresse son petit malade à un pédiâtre. Le traitement n'amène aucune amélioration. A l'âge de 2 semaines on s'aperçoit que les mouvements spontanés et provoqués de la jambe gauche sont douloureux et font crier l'enfant. Une radiographie montre une hanche floue sans destruction osseuse ou cartilagineuse.

Envoyé alors à un orthopédiste, il est hospitalisé à 3 semaines. L'examen pratiqué le 13 mars montre un nourrisson en bon état, mais le membre inférieur gauche est fléchi, la cuisse reposant sur le ventre, très grosse, rouge, chaude, douloureuse avec un creux inguinal absolument comblé. Il n'y a ni extension, ni abduction, ni adduction possible et un raccourcissement certain. Le pénis enflammé suppure légèrement, il existe des ganglions inguinaux.

Une réaction de Wassermann est positive chez l'enfant, positive chez les parents. On trouve de l'albumine dans les urines et quelques globules de pus.

Une ponction de la hanche ramène plusieurs centimètres cubes de pus. Incision de l'articulation, pus franc (On ignore s'il fut examiné bactériologiquement).

Deux semaines après l'opération, la plaie est parfaite, mais le scrotum apparaît enflammé et rouge, puis gangréneux au point de laisser après 8 jours le dartos à nu. Au bout de 2 jours encore, tuméfaction de l'avant-bras gauche et du poignet que l'on va plâtrer.

Au bout de 10 semaines de séjour à l'hôpital, la cuisse est en rotation externe, il y a une grosse limitation des mouvements et des ganglions inguinaux. Le poignet gauche est enflé, le radius épaissi, on ne constate pas de fluctuation.

La radiographie de la hanche que l'on fait alors montre une luxation en dehors de la tête fémorale et un centre d'ossification non encore apparu.

Gash n'a pas conclu quant à l'étiologie de cette coxite. Est-elle à microbe banal ? est-elle syphilitique ? Y avait-il urétrite au moment de la circoncision ? Autant de questions qui demanderaient une réponse.

Cependant König ne nous disait-il pas : la coxite gonococcique est une maladie bien caractérisée, son début brusque, la douleur très aiguë, la contracture rapide et grave permettent de la différencier. « Chez un sujet, une lésion de la hanche exceptionnellement douloureuse, à plus forte

raison si l'attitude se fait vers un raccourcissement, oblige à penser à la gonococcie, que l'on trouvera presque à coup sûr. »

Pourtant si ces signes cliniques, sur lesquels insistait König si justement, sont fort précieux pour aiguiller vers l'idée de gonococcie, ils ne suffisent pas à la prouver.

Au Congrès américain de Minnéapolis, Stern tout dernièrement présentait une observation fort intéressante que voici intégralement :

Médecin d'âge moyen, tombé malade d'une infection généralisée qui se caractérise surtout par des abcès cutanés et sous-cutanés. Après un traitement approprié, cette infection guérit, mais il a perdu ses forces et a beaucoup maigri.

L'induration et le gonflement disparaissaient quand des douleurs vagues apparaurent dans les pieds, les genoux et les hanches. Le troisième jour il est pris d'une douleur intense, profonde, tenaillante dans la hanche, qui n'est pas soulagée par les compresses chaudes et qui est exacerbée par le moindre mouvement du malade. L'usage du bassin devint un cauchemar et changer les draps fut littéralement impossible à cause des hurlements et des gémissements du patient. Il fallut donner des doses d'opium de plus en plus considérables jusqu'à ce que le malade fût enfin sous l'action à peu près ininterrompue des piqûres.

Rapidement il perdit force et poids par suite de l'insomnie et de l'impossibilité de se nourrir.

Un examen clinique très minutieux fut fait par un chirurgien, l'un des plus compétents et des plus instruits d'Amérique. Pas d'élévation de la température. La hanche n'était pas augmentée de volume, une palpation minutieuse ne montrait aucune localisation douloureuse particulière, sauf une sensibilité diffuse; mais le moindre mouvement déclenchait des crises paroxystiques de douleurs. Pas de fluctuation articulaire, radio négative. Des ponctions répétées de la hanche n'indiquent qu'un très léger épanchement et les quelques gouttes hémorragiques de liquide cultivées ne montrent ni aérobies ni anaérobies. Tout signe habituel d'arthrite manquant, et l'extension continue ordinaire ne le calmant pas le moins du monde, on finit par le considérer comme un morphinomane invétéré et on tenta de le guérir par suppression graduelle de l'opium. Ceci devenant impossible à cause de ses hurlements de douleur, on décide de le renvoyer de l'hôpital.

C'est à ce moment qu'on pensa peut-être que son cas rentrait dans le type d'arthrite sèche si discuté à l'heure actuelle. Comme le diagnostic n'était pas certain, on plaça cependant sous anesthésie un plâtre bien fait depuis les orteils jusqu'aux aisselles et le malade de retour dans son lit jouit pour la première fois du sommeil le plus naturel qu'il ait eu depuis des semaines. La douleur depuis se calma, sauf quelques crises durant de 4 à 8 heures améliorées par une médication antinévralgique banale. Depuis le malade n'a plus jamais eu d'opium sous quelque forme que ce soit.

Avec la fin de la souffrance, le malade retrouva vite son appétit et au bout de 10 semaines avait tellement grossi qu'il devint nécessaire de retirer le plâtre.

Une radiographie faite à cette époque montra une absorption complète du cartilage articulaire avec disparition totale de l'interligne. Pas de destruction osseuse ni de prolifération. Cliniquement, ankylose complète de la hanche. Pendant 4 semaines on maintint encore l'immobilisation puis le malade se trouva tellement amélioré qu'il put se lever avec des béquilles, peu de temps après marcher avec une canne et reprendre son service médical.

Aujourd'hui, 12 mois après le début de l'affection il exerce activement sa profession avec une hanche presque complètement ankylosée, mais indolore.

A cette observation, nous ajouterons deux remarques.

Tout d'abord, que sur les images radiographiques reproduites dans le texte, il existe une subluxation fémorale très nette qui, à aucun moment, n'est mentionnée par l'auteur et dont on semble avoir tenu peu de compte.

Ensuite, que les schémas radiographiques se rapprochent singulièrement de ceux que nous connaissons pour être certainement gonococciques.

Stern fit suivre l'exposé de ses faits d'une série de commentaires. Cliniquement, dit-il, il existe avant tout une douleur aiguë, tenaillante, intolérable, hors de proportion avec les autres signes cliniques. Elle est la première notion de cette affection. Rarement elle s'accompagne d'une grosse tuméfaction articulaire, il y a peu de liquide dans l'article et il n'est jamais purulent. Quant aux signes radiographiques, ils manquent tout au début, et je ne sais à quelle époque exacte ils apparaissent. L'étiologie de ces arthrites demeure un problème, on les rapprocherait volontiers des formes sèches d'arthrite gonococcique; mais outre que des recherches sérieuses montrent l'absence de blennorrhagie primitive, on peut dire que rarement, même jamais une articulation gonococcique sera aussi peu tuméfiée et contiendra aussi peu de liquide.

On pourrait répondre à M. Stern qu'il existe au contraire des arthrites gonococciques nettes sans gros gonflement et qu'à la hanche l'épanchement n'est jamais très abondant.

Le Dr Gaenslen ne manqua pas de le faire dans la discussion qui suivit la présentation des observations et il ajoutait : « Il est très difficile d'obtenir des cultures de gonocoques en partant de prélèvements faits au niveau du col, de l'urèthre ou dans le liquide prostatique, de sorte qu'à mon avis il faut toujours songer à la possibilité d'une affection gonococcique malgré des examens de laboratoire négatifs..... Ici les constatations radiologiques ne sont pas non plus différentes de ce qu'on trouve dans les arthrites gonococciques. Au début, pas de changement, puis atrophie modérée et disparition de l'interligne. Parfois même érosion osseuse comme dans les clichés du Dr Stern ».

Nous possédons une observation qui fut considérée dans deux services hospitaliers comme étant certainement de nature gonococcique, mais dont on ne put faire la preuve exacte et qui, par conséquent, peut prêter aux mêmes discussions que l'observation de Stern.

Observation X (Personnelle).

M^{me} N..., 40 ans, confectionneuse, veuve de guerre, entre dans le service de M. Ramond à l'hôpital Laennec pour des douleurs intenses dans le pli de l'aîne et la région fessière, douleurs qui l'empêchent de marcher et de se tenir même debout.

Le début date de 3 mois; à ce moment la malade a commencé à souffrir progressivement de son membre inférieur gauche. Douleurs sous forme de crampes, avec exacerbations nocturnes. A cause de ces douleurs la malade était parfois obligée de s'arrêter dans sa marche. Depuis 3 semaines les douleurs ayant augmenté de durée, d'intensité, la malade s'était mise au lit, et comme elle souffrait terriblement depuis quelques jours, elle s'était décidée à entrer à l'hôpital.

En réalité cette femme se plaint de son membre inférieur gauche depuis deux ans surtout : elle a ressenti alors des douleurs assez fortes dans l'aîne, surtout à l'occasion de certains mouvements et par crises espacées, et depuis 1 an environ, elle traîne vraiment la jambe. Enfin elle se rappelle très bien qu'il y a 17 ans, à la suite d'un accouchement, elle a souffert de sa coxo-fémorale et a boité un peu à ce moment-là.

Il n'y a jamais eu atteinte d'autres articulations et elle ne semble pas rhumatisante.

Son mari était bien portant, elle a deux enfants vivants en excellente santé et n'a fait qu'une fausse-couche il y a 13 ans après deux grossesses parfaitement normales. On ne relève aucun antécédent spécifique, elle s'est toujours bien portée. Il y a 1 an, elle a eu de la métrite avec élancements dans le ventre, pour laquelle elle s'est soignée, et elle avoue qu'elle a depuis longtemps des pertes blanches qui n'ont pas particulièrement augmenté ces temps derniers.

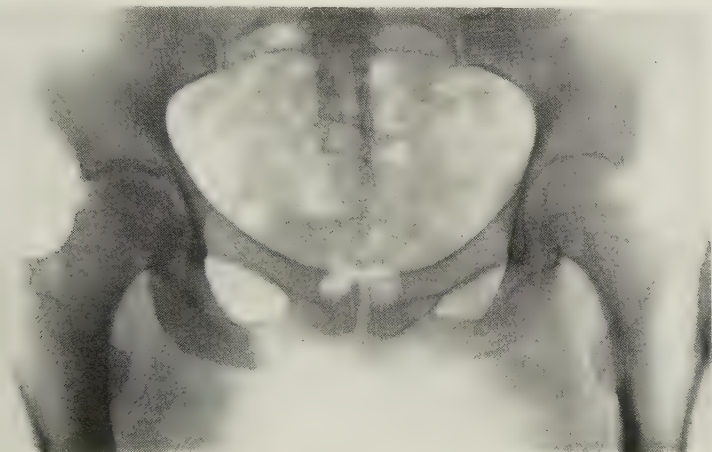


Fig. 25. — Coxite gauche subaiguë ankylosante à étiologie non précisée. Deuxième radiographie trois mois après l'entrée à l'hôpital. Destruction de la tête fémorale, rupture du cintre cervico-obturateur.

A l'examen, le 5 mars 1928, on trouve une femme dont l'état général est satisfaisant avec une très légère augmentation de la température à 37°, 4-37°, 8. Le membre inférieur gauche est considérablement atrophié et l'atrophie est notable aussi du côté des muscles fessiers. En explorant l'articulation de la hanche, on découvre des zones douloureuses très nettes dans l'aîne, en dedans des vaisseaux fémoraux et surtout à la palpation en arrière.

Par la flexion forcée et l'adduction, on met bien nettement en évidence ces points douloureux.

La flexion, l'adduction, et l'abduction sont possibles, mais très limitées. Pas de raccourcissement de la cuisse. Dans l'aîne, quelques ganglions peu volumineux.

A l'examen des divers appareils les poumons paraissent normaux, bien que la malade dise avoir des bronchites très fréquentes. Du côté du cœur, du tube digestif, du système nerveux, on ne découvre rien d'anormal et les réflexes lumineux et patellaires sont parfaitement conservés.

On institue alors un traitement mixte antispécifique et antigonococcique et pendant 20 jours la malade va placer chaque jour un suppositoire au mercure et recevoir pendant cette période 10 injections sous-cutanées de dmégon.

À la suite de ce traitement et du repos au lit, la malade cesse de souffrir, mais du côté de sa hanche sont apparus des phénomènes d'enraidissement. Elle ne peut plus détacher le pied du plan du lit, ne peut faire ni mouvement de flexion de sa cuisse, ni mouvement d'abduction ou d'adduction. Elle peut cependant s'asseoir sur son lit, se lever, et même essayer de se tenir sur sa jambe gauche.

Une radiographie faite dans le courant du mois de mars a montré une décalcification qui porte surtout sur le fémur, l'interligne articulaire est parfaitement conservé et normal. Du côté de la cavité cotyloïde, on note un rebord irrégulier et flou, surtout dans sa partie médiane; sur la tête au-dessous de la fossette du ligament rond, une ulcération très nette. Le cintre cervico-obturateur est conservé.

Vers le 30 mars, la température s'élève aux environs de 38°, la malade resouffre de sa hanche et devant l'ankylose progressive on passe cette femme en chirurgie dans le service de M. Auvray, où elle est mise en extension continue le 5 avril.

C'est ainsi que je la trouve à la fin de juin 1928. L'état général est parfait, depuis deux mois il n'y a plus eu d'élévation thermique; les pertes blanches existent toujours malgré les injections vaginales : à noter qu'une recherche des gonocoques faite le 16 mai dans des prélèvements cervico-vaginaux s'est montrée négative. On ne l'a jamais renouvelée.

La malade se plaint de souffrir encore de sa hanche et à l'examen on peut déceler une douleur au niveau du grand trochanter. L'atrophie musculaire est toujours marquée et dans l'aîne on palpe de petits ganglions. Pas de ganglions rétro-cruraux. L'ankylose est complète et, à la mobilisation de la hanche, ne donne qu'une dizaine de degrés de flexion à peine. On n'obtient ni abduction, ni adduction et il existe un raccourcissement de la cuisse de 3^{cm}.

La deuxième radiographie qui a été faite il y a 11 mois environ révèle une décalcification intense cette fois de la tête fémorale et de la région cotyloïdienne de l'os iliaque. L'interligne articulaire a disparu surtout dans la partie supérieure, où on distingue mal ce qui appartient à la cavité acétabulaire ou à la tête du fémur. Le cotyle n'est pas agrandi. Le sourcil cotyloïdien paraît assez bien conservé, mais l'ombre de la tête est transparente, à limites très imprécises, principalement dans toute sa moitié supérieure. Il y a rupture du cintre cervico-obturateur avec luxation de la tête d'environ 2^{cm}.

Nous n'avons pu avoir une radiographie plus récente.

La malade est sortie au mois d'août, ankylosée de sa hanche et n'a plus été suivie.

Cette douleur suraiguë, cette impotence fonctionnelle, même cette luxation ne nous suffisent pourtant plus à l'heure actuelle pour affirmer qu'il y a à coup sûr coxite de nature gonococcique, ajouterait-on même le signe de la corde des adducteurs ou ce soulèvement des vaisseaux fémoraux battant superficiellement, auquel Richet donnait autrefois une grosse importance.

Certains cas peuvent paraître plus sûrement évidents par les seuls moyens de la clinique quand on voit à une arthrite coxo-fémorale s'associer une autre arthrite. Il y avait arthrite sterno-claviculaire suppurée dans le cas de Richet et la malade de Jacquelot le jour où elle sentit « pour la première fois une gêne articulaire dans sa hanche remarqua le matin en se levant que l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche était raide et gonflée d'une coloration rouge assez accentuée. Elle pensa qu'en dormant elle s'était fait une foulure. Mais au bout de 2 mois, il

existait une inflammation assez vive de l'article qui évolua parallèlement à la coxite ».

L'atteinte d'une sterno-claviculaire, d'une petite articulation des doigts est une forte présomption en faveur de la nature gonococcique de l'arthrite coxo-fémorale.

Mais enfin ce sont arguments peu solides. Plus importants déjà pour le diagnostic est la notion d'une gonococcie familiale, orchi-épididymite du mari, arthrite temporo-maxillaire du nourrisson en même temps que coxite avec luxation chez la femme (cas de M. Mondor). Nous pouvons dire à peu près à coup sûr arthrite gonococcique chez cette femme enceinte de 8 mois (Tracou et Bué) qui présente une leucorrhée assez abondante, avec douleurs en urinant, polyarthrite, puis monoarthrite de la hanche et dont l'enfant à 15 jours « donnait des signes de douleur non douteux quand on lui remuait le bras gauche ». Il s'ensuivit un fort gonflement, puis tout se transporta au membre inférieur gauche, genou puis cou-de-pied sur lequel l'affection se localisa.

Ce qui toutefois demeure nécessaire pour affirmer, c'est la *présence du gonocoque*. Il faut donc le chercher avec soin et avec persévérance, à la fois dans les écoulements vaginaux et uréthraux, et surtout dans l'articulation où sa découverte est le seul élément de certitude du diagnostic.

Si la présence de gonocoques dans la sécrétion vaginale ou uréthrale ne permet pas d'affirmer avec certitude la nature blennorragique de la coxite, elle est cependant une forte présomption en faveur de cette étiologie. Le clinicien attache donc une grande importance au fait de trouver chez une jeune fille vierge de 20 ans, qui présente une arthrite aiguë de la hanche à point de départ inconnu, un certain degré de vulvite, et après cinq examens du pus vaginal un résultat positif (cas de M. Mondor), ou bien une uréthrite persistante avec des gonocoques 4 mois encore après le début de la coxite (Hamann) ou encore, comme dans le cas que nous rapportons, au huitième mois d'une arthrite coxo-fémorale grave avec luxation ayant succédé à un accouchement, lorsque tous les phénomènes articulaires sont maintenant calmés, une vaginite chronique et tenace malgré les traitements locaux, et des gonocoques dans les sécrétions vaginales; toute cause de nouvelle contamination ayant été naturellement écartée (Obs. IX).

Si la nature de l'affection ici n'a pu être précisée au début, il semble bien maintenant qu'on puisse avoir quelque raison d'affirmer son étiologie blennorragique.

Il est inutile de redire toutes les difficultés de recherche du gonocoque, surtout chez la femme, et surtout à la période douloureuse de l'affection, lorsqu'un examen vulvaire demanderait une anesthésie générale pour permettre l'abduction des cuisses. On sait aussi qu'un examen négatif ne veut rien dire et qu'il faut savoir refaire 5, 10 prélèvements successifs.

Schwab n'obtint qu'une seule fois une réponse positive au cours d'examens antérieurs, puis ultérieurs restés négatifs.

Enfin Coopermann, chez les nourrissons et les enfants, recommande de ne pas oublier de rechercher toujours la rectite et de faire des prélèvements intra-rectaux, car ses jeunes malades contaminés par des thermomètres ou des linges souillés avaient dans de nombreux cas des pertes purulentes rectales et des rectites reconnues gonococciques par le laboratoire.

Nous rappellerons encore la nécessité de faire parfois une spermo-culture ou de rechercher le gonocoque urétral après massage de la prostate, réactivation, etc.; tout l'intérêt que peut présenter une réaction de fixation du complément positive surtout dans les formes chroniques, et bien plus encore les cultures du gonocoque dans le sang lui-même au cours des formes septicémiques. Mais il n'y a rien ici qui soit spécial à la coxite elle-même.

LA PONCTION est à la fois un moyen de diagnostic précieux et un procédé thérapeutique. Nous l'avons vue soulager immédiatement des malades présentant des douleurs terribles, et König, Mathiès avaient eux aussi signalé ce phénomène, mais tout l'intérêt ici réside surtout dans la possibilité d'examens de laboratoire dans le liquide retiré par l'aiguille.

Pour la pratiquer, on peut soit ponctionner en avant dans le triangle de Scarpa en passant en dehors des vaisseaux fémoraux, soit ponctionner en dehors et de la manière suivante : sur la radiographie on repère la distance qui sépare l'extrémité supérieure du grand trochanter de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale et l'on reporte ces indications sur le malade. On pique alors l'aiguille directement sur la diaphyse, puis par un mouvement oblique on la dirige vers la partie moyenne du col, de façon à atteindre la partie la plus déclive de l'articulation lorsque le malade est couché.

On sait que le liquide peut être séreux, séro-purulent, purulent même ou encore très hémorragique (Obs. VII). La nature de ce liquide n'implique aucune notion étiologique immédiate ; généralement peu abondant et presque impossible à aspirer à la seringue, il ne faut pas oublier non plus, ainsi que le faisait remarquer Griffon, que les échecs apparents de la ponction sont souvent dus au pus trop épais qui ne peut passer par l'aiguille. Les ponctions, nous dit Coopermann, furent répétées sans résultat, « car les tissus mous étaient si tuméfiés, si épaissis, et l'articulation si profonde, qu'il était pratiquement impossible de localiser l'exsudat intra-articulaire avec l'aiguille aspiratrice ».

L'examen cytologique du liquide retiré est déjà une première notion intéressante à avoir, et pour ceci une ou deux gouttes suffisent amplement. Nous avons pu constater, à trois reprises différentes, que ce liquide était surtout à polynucléaires comme dans toute arthrite aiguë, mais ceci n'élimine nullement d'emblée le diagnostic de tuberculose puisque les épanchements bacillaires jeunes ont eux aussi une formule de polynucléose et que, par

contre tout épanchement infectieux qui vieillit tend à devenir à lymphocytes.

Mais ce qu'il faut rechercher dans le liquide articulaire, c'est la présence des microbes et leur découverte est ici le point capital. Malheureusement on sait combien rarement cette certitude diagnostique est recueillie. Il faut rechercher le gonocoque sur lame à l'examen direct déjà, puis, surtout si le liquide est suffisant l'ensemencer avec des précautions que nous ne pouvons rapporter ici mais qui sont importantes pour les résultats positifs.

Ajoutons seulement une indication fournie dernièrement par Gaenslen (*Congr. Am.*, 1928) rapportant que Shands et Baer avaient obtenu 75 pour 100 de cultures positives dans les formes aiguës récentes, ces auteurs insistaient surtout sur ce fait qu'il faut de 2 à 6 semaines pour faire pousser les cultures. Ce n'est donc que par des cultures plus prolongées, en les transplantant fréquemment et en usant de milieux spéciaux, que les gonocoques pourront être trouvés dans les articulations.

Au cours de nos trois ponctions, le liquide examiné directement seulement se montra toujours amicrobien. Le résultat négatif ne permet pas de rejeter l'étiologie gonococcique soupçonnée d'autre part par l'examen clinique, car les microbes généralement peu nombreux dans le liquide, sont souvent difficiles à trouver, et que d'autre part nous savons que c'est surtout dans les franges synoviales qu'ils pullulent et doivent être pourchassés.

Bennecke, Walther de Boston, plus heureux, purent mettre le gonocoque en évidence dans le liquide ponctionné, et Chadwick, Schlagenhauser Griffon, après autopsie, obtinrent des cultures absolument typiques qui ne laissent aucun doute sur la possibilité de coxites à gonocoques.

Si la ponction exploratrice est si souvent infidèle, et la découverte du microbe si difficile, n'a-t-on pas d'autres moyens de mettre le gonocoque en évidence ? A la hanche l'arthrotomie n'a jamais été pratiquée à notre connaissance et par conséquent le prélèvement de fragments synoviaux, en vue de recherches bactériologiques dans les tissus, n'a pu être tentée. La biopsie aurait évidemment ici le même intérêt qu'au niveau des autres articulations ; les recherches de M. Mondor et de P. Gauthier-Villars nous l'ont bien montré.

Si l'arthrotomie n'est pas facile à la hanche, il y eut toute une époque où l'on n'hésitait pas à pratiquer la résection de la tête fémorale pour toute arthrite aiguë, ce qui permettait à Sonnenburg en 1885 de mettre « en évidence dans l'épiphyse à demi-détruite le gonocoque lui-même » et lui faisait ajouter qu'il fallait profiter de ces résections pour faire la recherche microbienne dans le liquide.

En 1904, Hamann présentait à son tour deux cas d'excision de la hanche avec examen bactériologique et anatomo-pathologique dont nous avons déjà parlé et dont l'intérêt principal est que dans un cas d'opération au deuxième mois, des cultures faites sur bouillon-ascite avec la partie centrale de l'os nécrosé montraient des gonocoques à l'état de pureté.

Non seulement c'est la preuve diagnostique que nous voudrions toujours trouver, mais encore l'affirmation pathogénique des ostéites gonococciques.

Nous ne reviendrons pas sur les notions fournies par la radiographie et étudiées dans un chapitre spécial, mais qui ne sont pas, malgré tout, des preuves indiscutables, ainsi que tentent de le prouver MM. Papin et Magnant, et nous terminerons sur une dernière remarque. Lorsque ni la clinique avec ses signes directs et indirects, ni le laboratoire lui-même n'ont pu nous fournir une réponse précise sur la nature de l'arthrite étudiée, il nous reste une dernière ressource pour établir le diagnostic : l'épreuve du traitement spécifique.

Zigler soigne une jeune femme de 30 ans qui, après la naissance d'un enfant, fait immédiatement une cystite purulente et 10 jours après le début de cette cystite présente des douleurs et de la raideur des deux mains, puis des poignets, des épaules et de la hanche gauche. Pendant 4 mois on applique un traitement antirhumatismal, mais l'état de la malade empire.

Alors pendant trois autres mois Zigler administre de l'aspirine, du salicylate, de l'iodure de potassium, fait suivre un traitement électrique, tout cela sans la moindre amélioration. Il se décide alors à poser le diagnostic d'arthrites gonococciques et, après une vingtaine d'injections de 1 à 2^{cm³} de sérum antigonococcique, obtient une guérison complète de toutes les arthrites.

Marotta a eu de même l'occasion de suivre un jeune garçon de 20 ans atteint d'arthrites blennorragiques des deux coxo-fémorales avec spondylite et soigné pendant 5 mois par du salicylate de soude sans le moindre résultat. Le malade marche tout d'une pièce, ne peut se lever, est complètement rigide et souffre. Trois injections de nucléo-protéine gonococcique, des massages lui permettent 25 jours après de jouer au foot-ball, et lorsque deux ans après il fait une nouvelle uréthrite compliquée des mêmes localisations articulaires sans perdre de temps à des traitements divers, trois nouvelles injections de nucléo-protéine lui rendent toute sa souplesse.

Cette méthode diagnostique peut être la pierre de touche de bien des arthrites chroniques et non identifiées.

Observation XI (Personnelle).

Une femme de 52 ans vient consulter à l'hôpital Beaujon pour des douleurs dans la hanche gauche s'accompagnant d'impotence fonctionnelle. Ces douleurs ont commencé il y a 5 ans lentement, sans crise aiguë, avec phénomènes de lourdeur du membre, de fatigue extrême qui faisaient que la malade trainait la jambe lorsqu'elle avait marché quelques instants. Les souffrances, très augmentées la nuit, étaient à peine calmées par les nombreux remèdes que la malade était obligée de prendre chaque soir.

Les autres articulations étaient parfaitement indolores et souples et l'état général très bon.

Trois ans après ce début de l'affection était survenue une crise aiguë très douloureuse ayant duré 4 jours et qui n'avait cédé qu'à un repos absolu au lit. Depuis les souffrances

n'avaient plus cessé et la hanche s'était peu à peu ankylosée. La malade se présentait en effet avec une articulation complètement immobile et douloureuse aux essais de mouvements. Pas d'amyotrophie, pas de ganglions inguinaux, la marche se fait sans boiter, mais en traînant la jambe.

Cette femme n'a jamais été malade; il y a 20 ans, à la suite de la mort en bas âge de deux de ses enfants, elle a suivi un traitement antisyphilitique et a eu depuis une fille bien portante; très bien réglée encore actuellement, elle accuse depuis toujours des pertes jaunâtres, mais n'a jamais eu ni métrite ni salpingite.

Un prélèvement des pertes vaginales ne montre aucun microbe ressemblant au gonocoque, la réaction de fixation du complément est fortement positive au gonocoque et positive à la tuberculose.

Une radiographie de la hanche montre une disparition de l'interligne articulaire et quelques ostéophytes au pourtour du cotyle.

Renvoyée à son médecin avec le conseil de tenter des piqûres de dmégon, nous avons su depuis que deux séries de dix injections avaient fait disparaître complètement les douleurs qui étaient incessantes depuis 2 ans et que cette malade, concierge de son métier, avait pu reprendre son travail abandonné depuis des mois.

Un tel résultat ne nous permet certainement pas d'affirmer la nature gonococcique d'une arthrite traînante de la hanche, mais de nous la faire soupçonner.

Nous avons à notre disposition, nous le voyons, bien des moyens pour tâcher de préciser le diagnostic de coxite blennorragique, et l'on ne peut plus maintenant, comme Fort autrefois, parler uniquement « d'habileté et de tact exquis » devant un diagnostic bien posé.

DIAGNOSTIC RÉTROSPECTIF.

LÉSIONS CHRONIQUES ET DÉFORMANTES.

Il ne s'agit plus ici de malades atteints d'affection articulaire aiguë à laquelle il faut ajouter une étiquette étiologique, mais d'enfants ou d'adultes venus consulter pour une déformation de la hanche, une douleur, une gêne, une fatigue dont la cause n'apparaît pas immédiatement.

Nous ne pourrions pas dans ce chapitre donner des conclusions définitives : nous nous contenterons surtout d'exposer des faits et de voir les réflexions qu'ils suggèrent.

Le problème des déformations coxo-fémorales est fort complexe et la question de leur étiologie encore bien embrouillée. Ce qu'il faut donc se demander après avoir étudié la coxite gonococcique en tant qu'affection aiguë surtout, c'est dans quelle mesure le gonocoque est capable de donner des formes chroniques d'arthrite et des déformations de la hanche ; dans quelle mesure les déformations que l'on rencontre au niveau de la coxo-fémorale peuvent être gonococciques ?

C'est ce que nous allons discuter à l'aide des documents trouvés dans la littérature et à l'aide de faits relevés dans nos observations.

Enfants.

Chez l'enfant c'est une luxation, dite congénitale, une ostéo-chondrite, une arthrite non tuberculeuse de la hanche, un bassin déformé qui vont susciter un diagnostic étiologique rétrospectif.

En avril 1928, M. Judet commençait ainsi une communication à la Société des Chirurgiens de Paris :

« Depuis 1921 nous avons eu l'occasion d'observer 4 fois chez des enfants des affections de la hanche qui nous étaient adressées avec l'étiquette de luxation congénitale.

» En réalité il s'agissait bien de luxation, mais de toute autre nature : la hanche s'était disloquée à la suite d'une arthrite suppurative... Si le tableau clinique tardif offre une grande analogie avec celui de la luxation congénitale, les lésions sont toutes différentes.

Suivent des observations :

Peyr... Lucienne, est adressée à Paris pour une forte boiterie attribuée à une luxation congénitale.

Enfant âgée de 4 ans, normalement développée, boite en plongeant en dehors et en arrière. A l'inspection on note la saillie légère de la hanche.

Raccourcissement de 4^{cm}. Le grand trochanter est remonté directement au-dessus du cotyle qui paraît déshabité.

A la face externe du grand trochanter existe une cicatrice. Les mouvements possèdent une amplitude voisine de la normale.

Autre cas : un enfant âgé de 3 ans boite en plongeant du côté droit comme s'il présentait une luxation congénitale de la hanche droite. Le grand trochanter remonte au-dessus de la ligne de Nélaton. Quand la cuisse est fléchie à 90°, on fait imprimer à la tête un mouvement de tiroir dans le sens antéro-postérieur. A la palpation le cotyle paraît plein.

Si l'on fouille le passé de ces jeunes enfants, on s'aperçoit que le dernier présenta à l'âge de 3 semaines un abcès de la hanche droite. La suppuration dura 3 mois. Une incision fut pratiquée sur le grand trochanter laissant une cicatrice très nette. D'autres localisations articulaires furent moins accusées, une cicatrice reste visible sur l'épaule droite.

Chez l'autre aussi, à la face externe du grand trochanter, existe une cicatrice, qui prouve qu'il y a certainement eu pyarthrie.

Mais supposons qu'il n'y ait pas eu d'abcès et par conséquent pas de cicatrice visible, que l'arthrite ait été subaiguë, le petit malade vu seulement à l'âge de 3 ou 4 ans, alors que les lésions de la hanche commencent à gêner la marche.

L'épisode initial peut fort bien être passé sous silence par la mère parce qu'il ne lui paraît pas avoir été assez important pour en parler ou parce qu'elle-même l'a oublié; il peut très bien ne pas être recherché avec soin par un médecin insuffisamment instruit, et ce qui apparaîtra alors, c'est qu'il existe véritablement une luxation congénitale.

Nous avons ainsi dernièrement suivi un nourrisson de 5 semaines qui présentait une arthrite coxo-fémorale sans grands signes généraux ou même locaux et dont l'étiologie fut impossible à retrouver malgré des examens de laboratoire divers. Il a guéri parfaitement et vite à la suite d'un traitement simple (frictions au collargol), mais une subluxation s'est produite tout à fait à bas bruit.

D'ici quelques années, sa hanche le gênera sans doute. Pensera-t-on alors à se rappeler cet épisode qui a été peu grave et vite guéri et ne sera-t-on pas tenté de ne songer qu'à une luxation congénitale ?

M. Judet et son élève Grandrie disent bien qu'il existe cependant à la radiographie des caractères différentiels importants entre luxation congénitale et pseudo-luxation après arthrite, mais ceci n'est peut-être pas toujours exact.

Nous devons à MM. Rocher et Magnant (1927) une observation bien instructive :

Nous avons eu la chance de revoir à notre consultation de l'hôpital des Enfants un jeune garçon, Roger B..., âgé de 8 ans, que nous avions opéré à l'âge de 6 mois pour une arthrite suppurée de la hanche gauche. Le début de l'affection avait été classique : douleur, impotence, attitude vicieuse en flexion, phénomènes fébriles intenses, avec diarrhée.

Au bout de 6 jours l'un de nous est consulté et d'urgence pratique une première intervention qui permet d'ouvrir une collection purulente de la hanche au moyen d'une incision longitudinale dans la région adductrice; une incision faite au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure n'avait pas amené de pus. Au bout de 8 jours, une nouvelle intervention de drainage fut pratiquée et, dans la région fessière, le ong du bord postérieur du grand trochanter, la collection fut à nouveau drainée; l'enfant fut mis en extension pendant 1 mois et la cicatrisation survint au bout de ce temps.

A 13 mois l'enfant marchait.

Nous n'avions pas revu cet enfant depuis notre intervention, or il est intéressant d'examiner aujourd'hui ce que sont les états fonctionnel et anatomique de cette hanche autrefois frappée d'arthrite suppurée. A son niveau on aperçoit les trois cicatrices opératoires. On note une légère atrophie des muscles fessiers et une petite saillie avec ascension du grand trochanter. Tous les mouvements de la hanche s'exécutent dans une large amplitude : la flexion ne dépasse pas 90°; l'hyperextension est possible; l'abduction et l'adduction, les mouvements de rotation sont à peine limités et l'on peut imprimer un léger *mouvement de piston* à la tête fémorale. L'exploration de cette hanche n'est pas douloureuse. Mensuration à droite 0,60; à gauche 0,58. Une légère atrophie de la musculature de la cuisse. Pas de boiterie, pas de signe de Trendelenburg.

Résultat fonctionnel aussi satisfaisant que possible.

Radiographiquement : il faut constater que la hanche du côté droit est parfaitement normale à tous les points de vue. Il ne peut donc y avoir aucune équivoque à ce sujet. Au contraire, à gauche, le cotyle par sa partie supérieure est fuyant, éculé et sa déficience est en tout semblable à celle que l'on note dans les luxations congénitales.

La surface osseuse, en bordure de la partie supérieure de la cavité cotyloïde, présente un aspect frangé, mamelonné; il y a disjonction de l'ogive cervico-pubienne. L'ascension du bord inférieur du col au-dessus du fond du cotyle, est d'environ 2^{cm}. Le col est court, trapu, diminué d'environ un tiers de sa longueur, augmenté légèrement d'épaisseur, mais il est recouvert par un noyau céphalique aplati comme le fait se présente fréquemment dans les aspects de coxa plana. Cette tête fémorale n'est pas homogène.

A bien l'examiner on constate que certaines portions de son tissu sont moins denses; il existe comme des lacunes qui, si elles étaient plus importantes, arriveraient à fragmenter la substance osseuse de la tête fémorale; ce petit noyau de la tête fémorale recouvre les deux tiers internes de la surface supérieure du col du fémur.

Le trochanter est moins développé; il existe à droite comme à gauche un cartilage de conjugaison qui n'est point ossifié encore. La diaphyse fémorale présente un certain état de décalcification qui se prolonge au niveau de la région intertrochantérienne, le tissu osseux présente une certaine condensation à la partie basale du col. Lorsqu'on se rapproche de l'extrémité du col, on note au contraire un état d'élargissement trabéculaire et de condensation moindre de tissu osseux.... La forme du bassin n'est point modifiée dans son ensemble...; légère atrophie de la portion ischiopubienne du bassin.

L'examen radiographique de cette hanche est dans tous ces points similaire à certains aspects de luxation congénitale; nous devons avouer que si la radiographie de l'enfant nous eût été présentée sans que nous eussions pu en faire un examen clinique et sans être

informé des phénomènes inflammatoires survenus dans le jeune âge, nous aurions certainement fait le diagnostic de luxation congénitale.

Drehmann en 1904, étudiant du point de vue orthopédique les séquelles de l'arthrite du jeune âge, disait :

« Dans les arthrites qui nous occupent, l'articulation reprend bientôt un aspect tout à fait normal. Ce n'est que bien plus tard que peuvent apparaître les déformations ». Et l'année suivante : « ce sont des aspects impossibles à distinguer de malformations congénitales. »

Nous ne relirons pas sans profit cette observation :

Karl D..., 3 ans, vu par moi en mars 1899, deuxième enfant de parents bien portants, né sans intervention obstétricale. Lorsqu'il avait 8 jours le médecin qui me l'amène a pu observer une attitude en flexion de la hanche gauche. L'enfant souffre à la mobilisation passive et remue spontanément très peu; l'état général est bon et il ne semble pas utile d'instituer un traitement de bains salins.

A 15 jours se forme à la face externe de la cuisse un abcès qui, après incision, guérit rapidement, l'attitude en flexion subsiste et le médecin traitant parle de psoritis.

Jusqu'à l'âge de 3 mois environ, l'enfant semble souffrir de sa hanche gauche lorsque sa mère fait sa toilette.

A 4 mois les mouvements spontanés ont progressé, la flexion s'est atténuée; il y a un raccourcissement au dire de la mère.

Au sixième mois, on fait le *diagnostic de luxation congénitale* et l'on place un appareil de Mickulicz pendant 5 mois.

Après ce temps, les parents abandonnent le traitement.

A 2 ans on diagnostique également luxation congénitale du côté opposé, essai de réduction et plâtre sans résultat.

En mars 1899, quand je le vis, la démarche de cet enfant était exactement celle de la luxation congénitale, à tel point que je pris peu garde aux antécédents et fis le diagnostic de luxation congénitale. La radio faite à ce moment montre la tête à mi-hauteur de la glène sans anomalie structurale.

Le 11 mars, je fis la réduction qui fut normale et à ce moment j'en avais fait un grand nombre : la tête fit un bruit sec en rentrant dans la glène et je fixai le membre en abduction forcée.

Le 11 décembre, ablation de l'appareil; bon aspect, marche normale; mais après 3 semaines la démarche change, la flexion apparaît. Un examen sous anesthésie montre que la tête est en place, la flexion ne cède pas. On place un appareil de marche, laissé 5 mois. Après ce temps, la flexion a disparu, et n'a pas reparu, il n'y a pas de raccourcissement.

A cause de cette histoire de flexion, et des dires de la mère et du médecin, étrangers à l'évolution habituelle de la luxation congénitale, j'ai tenu cet enfant en observation pendant 5 ans encore. La démarche est normale il n'y a pas de raccourcissement.

Actuellement la radio est très intéressante, alors qu'en 1899 il n'y avait que des anomalies de siège de la tête; il y a maintenant des modifications de structure importantes :

La cavité cotyloïdienne est anormalement grande, son contour supérieur est un peu « fendillé », la position de la tête est très bonne, mais la tête et le col sont réduits de moitié environ sur le côté sain.

La ligne épiphysaire de la tête est visible, mais irrégulière et plus étroite qu'à l'état normal.

De plus la tête et le col présentent des « néoformations osseuses » anormales, si bien qu'avec quasi-certitude nous posons ce fait qu'il y a eu là un processus inflammatoire.

Ce qui paraît étrange, c'est l'absence de raccourcissement et de tous les signes pathologiques en dehors de la radiographie.

Mais voici une observation bien plus intéressante pour nous parce qu'elle est certainement d'origine blennorragique :

Marie R..., 1 an et demi. A 2 jours, suppuration oculaire intense. Au quatrième jour la mère remarque un fort gonflement de la hanche qui est surtout marqué dans la région inguinale et dans celle des adducteurs. Le membre inférieur est immobile et douloureux; les signes rétroèdent lentement; à 3 mois il y a un raccourcissement très net. A 1 an début de la marche, l'enfant ne souffre pas, mais boite fortement.

Quand je vis l'enfant à 1 an et demi l'aspect et la démarche étaient ceux de la luxation congénitale exactement. La radio montre une ascension de la tête comme dans la luxation banale, sans modification des contours, ni du cartilage épiphysaire.

Ces quelques faits nous montrent déjà que certaines luxations dites congénitales, ne sont certainement pas autre chose que des séquelles d'arthrites aiguës et que parmi les maladies capables d'y aboutir on est en droit d'invoquer la gonococcie.

Relisant maintenant l'observation de Hoeck (1893) où il est question d'une coxite suppurée bilatérale compliquant une double luxation congénitale prouvée à l'autopsie par la constatation de néarthroses coxales, on est en droit de se demander avec l'auteur « quelle est la part de la luxation congénitale et quelle est celle de la coxite ? » et si l'aspect de luxation congénitale n'est pas uniquement dû à des séquelles d'arthrite aiguë.

Une autre face du problème chez l'enfant c'est : l'ostéochondrite, la coxa vara, les arthrites chroniques.

Nous connaissons déjà l'article que Coopermann consacrait en 1927 aux arthrites gonococciques de la première enfance. Ayant suivi quelques enfants atteints de luxation pathologique de la hanche, voici les curieuses constatations qu'il fut amené à faire.

« L'ossification de la tête fut retardée. Dans deux cas les cartilages épiphysaires furent complètement détruits. Dans la majorité de ces cas les images radiographiques de ces hanches ressemblaient d'une manière surprenante aux images de la maladie de Perthe, avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale, et déformation du col. Naturellement ces transformations s'observèrent quand les enfants grandirent. Cliniquement, on nota un raccourcissement de 0,25 à 0,50 inch, une mobilité limitée et de la boiterie quand l'enfant commença à marcher. »

Certains auteurs comme Froelich de Nancy ont soutenu la nature infectieuse de la coxa-vara, et l'on trouve une observation de Rocher où une ostéite congestive ayant frappé la tête fémorale amena un effondrement et un aplatissement de celle-ci qu'il est curieux de rapprocher des constatations de Coopermann.

« Coxa-vara ayant débuté à l'âge de 10 ans par des phénomènes d'arthrite pendant la convalescence d'une scarlatine grave (rhumatisme scarlatin) traitée comme coxalgie pendant plusieurs années, ayant évolué irrégulièrement par crises plus douloureuses accompagnées de raideur plus grande et alternant avec des périodes d'accalmie; caractérisée cliniquement par le raccourcissement d'un membre, 1^{cm},5 sans attitude vicieuse, la limitation des mouvements (abduction, rotation interne et externe, flexion), la douleur à la pression de la tête, l'ascension et la saillie du grand trochanter, l'atrophie légère du membre.

« A la radio, aplatissement de la partie supérieure de la tête fémorale sur le col avec élargissement en bourrelet de son pourtour donnant à la tête la forme d'un gland; col développé et dirigé normalement, coiffé comme d'un bonnet par la tête déformée dans laquelle il semble avoir pénétré. »

M. Nové Josserand présentait en 1902 un fait très curieux : il s'agissait d'une fillette de 7 ans et demi qui à 6 ans s'était mise à boiter comme pour une coxalgie au début, mais très atténuée avec atrophie de la cuisse et raccourcissement de 1^{cm}. L'abduction et la rotation externe étaient seules limitées, la pression sur le trochanter douloureuse. La radiographie montrait alors un épaississement du fond du cotyle et un sourcil cotyloïdien faisant comme un gros bourrelet qui recouvrait en partie la tête fémorale. Après 6 mois d'immobilisation et d'extension, la hanche est moins douloureuse, mais le raccourcissement persiste. Un deuxième cliché montre « une hyperostose périostique nette ». Le col n'est pas nettement limité, contour flou en haut, région juxta-épiphysaire plus claire, infléchi en coxa-vara. L'impression est celle d'un processus destructif par ulcération, analogue à celui de la coxo-tuberculose. Mais malgré l'apparence de destruction de l'os au niveau du toit du cotyle, la tête fémorale ne s'est pas subluxée en haut comme dans une coxalgie. » Un an après la guérison complète, une radiographie permet de constater qu'il y a hyperostose de la région sus-cotyloïdienne, que la tête est un peu épaissie, mais que la *coxa-vara* a complètement disparu.

Ce fait, ajoute M. Nové Josserand, ne rentre pas dans le cadre des maladies connues de la hanche.

« Il ne s'agit pas de morbus coxæ, de syphilis, de tuberculose, puisque la radio montre une altération ancienne et grave avec des lésions étendues du squelette et s'accompagnant de signes cliniques trop frustes et trop torpides pour une coxalgie. »

Bressot à propos de quatre cas de douleur de hanche avec boiterie, et raccourcissement plus ou moins marqué, se prononçait en faveur de l'origine inflammatoire des lésions. « il y a, disait-il, autre chose et plus qu'une simple malformation congénitale; outre l'élément congénital possible — peut-être même probable — il y a un élément infectieux..., inflammation peu virulente et de nature encore inconnue. »

Un long article de Broca et Massart paraissait en 1923 dans la *Revue de Chirurgie* sur les « arthrites de la hanche avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale », dans lequel on peut relever de bien intéressantes paroles.

« L'ostéochondrite, y lit-on, est-elle une maladie unique ? » C'est la question qui se pose et sur laquelle, à vrai dire, certains auteurs sautent à pieds joints.

Mouchet déclare que « la clinique est peu de chose, la radiographie est tout ». C'est une opinion à laquelle nous ne saurions souscrire, sur aucun point de la pathologie. Nous sommes habitués à voir des aspects identiques relever de maladies différentes.

« Or, sur la nature causale nous ne savons rien.

» Legg actuellement pense que c'est une forme d'arthrite traumatique... Aussi bien y a-t-il presque toujours des signes que le clinicien rapporte à l'inflammation; mais alors Calvé dit que « trauma et maladie infectieuse c'est la même chose; que dans un cas comme dans l'autre il s'agit d'une malformation articulaire acquise par trouble de nutrition que provoque soit le trauma, soit l'infection. » Ne sommes-nous pas en pleine métaphysique ?

» Tout cela parce qu'on veut faire d'un signe radiographique, l'aplatissement de la tête, une caractéristique d'entité morbide, sans s'occuper pour cela des entorses qu'il faut donner à la clinique.

» Or, celle-ci (comme toujours notre point de départ et notre point d'arrivée) nous enseigne qu'au début, *il y a des phénomènes d'arthrite, de la douleur, de la limitation des mouvements*; qu'assez souvent la maladie a commencé par une pyrexie, la grippe par exemple, ou la varicelle.

» Ce n'est pas de l'infection, pense Legg, parce que nous n'avons jamais le tableau clinique d'une arthrite infectieuse aiguë avec fièvre et leucocytose; parce que nous ne voyons pas d'infections multiples concomitantes, parce qu'aucun symptôme d'arthrite n'a pu être démontré; parce que nous ne voyons pas d'aplatissement subséquent à une infection reconnue de la hanche.

» Or, les signes d'arthrite au début sont constants, et que se passe-t-il dans les arthrites à pneumocoques ? (Si ce n'est pas un aplatissement en virgule souvent.)

» Nous dirons : la clinique nous enseigne qu'après un début presque toujours douloureux, assez souvent à la suite d'une maladie infectieuse de type connu, la tête fémorale se laisse user en une forme assez spéciale, par une ulcération compressive, qu'en même temps les mouvements de la hanche sont limités comme dans toute ostéite subaiguë ou chronique susceptible d'ailleurs de régénération.

» Legg publie un examen histologique de Phemister où celui-ci décrit « ...des tissus en dégénérescence semblables à ceux rencontrés dans les

infections presque sans virulence et où il n'est parvenu à obtenir aucune culture bactérienne. « Poncet y verrait les caractères de la tuberculose inflammatoire. Pourquoi pas cependant.... Mais s'il est exagéré de dire que l'absence de microbes dans les tissus de granulation est preuve de tuberculose, il ne l'est pas moins de dire que les autres caractères étant ceux d'une infection presque sans virulence, elle prouve qu'il n'y a pas d'infection. »

Nous ne cherchons pas à discuter ici, mais ces caractères nous les trouvons liés aussi aux coxites gonococciques.

« La seule chose démontrée jusqu'à présent », conclut Broca, « est qu'il y

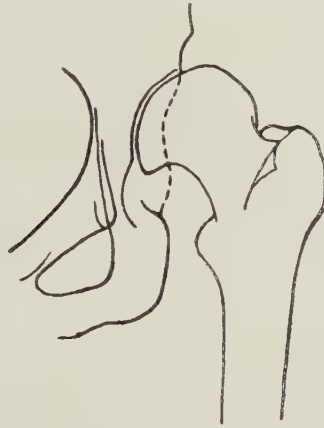


Fig. 26. — Aspect de subluxation congénitale chez un homme de 28 ans ayant présenté récemment seulement des accidents articulaires subaigus (Duguet et Clavelin).

a des ostéites à forme radiographique spéciale de la tête fémorale; qu'elles évoluent en général de façon bénigne, sans lésions cotyloïdiennes importantes; que la plupart du temps elles guérissent à peu près d'elles-mêmes sans laisser de trace. »

Dans son article, Broca rappelait encore une observation de Waldenström où la maladie était consécutive à un rhumatisme articulaire aigu; on constata une forte décalcification des deux os; le noyau était aplati 5 mois après, fragmenté au 13^e mois, mais il n'y avait aucun foyer d'infection de l'os et, par conséquent, il s'agissait concluait-on « d'un trouble nutritif ».

Ce qu'on peut surtout se demander, c'est si ce fut bien en réalité un rhumatisme articulaire aigu ?

A côté de ces déformations importantes de la tête et du col fémoraux, il existe chez l'enfant un autre groupe de lésions, cadre vague mais imposant des arthrites chroniques et non tuberculeuses de la hanche.

« Bien avant la radio, on se rendait compte que dans le groupe des arthrites chroniques de la hanche, la part était faite trop large à la coxal gie.

C'est ainsi qu'en 1922 M. Sorrel commençait son rapport au Congrès d'Orthopédie sur ces sortes d'arthrites.

On a essayé de les classer, dit-il, mais « nous ignorons leur nature véritable, et cette division n'est qu'une division d'attente. »

Ces arthrites de cause indéterminée sont fréquentes cependant. En 2 ans, à Berck, 17 pour 100 des arthrites de hanche qui avaient été envoyées comme coxalgies ont été reconnues non tuberculeuses mais d'étiologie impossible à préciser. Elles évoluent sous la forme polyarticulaire, souvent à forme grave, ankylosante ou bien monoarticulaire.

« Sont-elles des arthrites infectieuses atténuées ? ou encore d'origine dystrophique ?

» Le plus sage en face d'elles est d'avouer notre ignorance.

» Ces mêmes arthrites existent au genou, mais plus faciles à explorer ; c'est là qu'elles devraient être étudiées surtout.

» *C'est le laboratoire qui nous apportera l'aide dont nous avons besoin.* »

Pour ce qui est du diagnostic de coxite blennorragique, va ajouter Sorrel, il suffit de « penser à la possibilité d'arthrite gonococcique pour que l'examen des sécrétions vulvaires vienne infirmer ou confirmer l'hypothèse ». Nous avons déjà vu que cela n'était pas toujours aussi simple, mais le diagnostic en vaut cependant la peine et il est difficile de souscrire à ces paroles de Halldane et Sundt sur lesquelles termine Sorrel. « Le point essentiel est d'être capable d'éliminer le diagnostic de tuberculose. Il est alors relativement secondaire d'arriver à un diagnostic plus précis. »

Dans la discussion qui suivit ce rapport, Judet admettait un groupe d'arthrites chroniques chez l'enfant succédant aux infections aiguës, et apportait la radiographie d'une arthrite de la hanche consécutive à une infection ayant en même temps frappé le coude sans y laisser de trace. A la hanche, l'articulation s'était subluxée et avait pu être guérie par le traitement appliqué aux luxations congénitales, mais Judet ne précisait pas l'origine de cette affection.

Froelich de Nancy, en 1923, divise ces arthrites chroniques de l'enfance en quatre groupes :

- 1^o Coxite chronique sèche avec luxation progressive de la tête fémorale ;
- 2^o Enfoncement progressif de la cavité cotyloïde par la tête fémorale restée intacte ;
- 3^o Ostéochondrite déformante juvénile ou épiphysite fémorale supérieure des jeunes enfants ;
- 4^o Coxa-vara essentielle des adolescents ou épiphysite fémorale supérieure des enfants âgés.

Dans le premier groupe, « la cavité cotyloïde est modifiée ; son toit semble avoir été usé, il disparaît progressivement, la profondeur de la cavité diminue

et la tête fémorale se subluxe ou se luxé. L'os n'est pas rongé comme dans la coxalgie vraie. »

Au cours d'une intervention, on trouve le cartilage aminci bleuâtre, l'os sous-jacent très poreux; histologiquement il n'y a que de l'ostéite raréfiante, du tissu de granulation, c'est-à-dire inflammatoire, mais aucun tubercule et bactériologiquement les débris osseux sont stériles.

On s'est demandé si cette coxite sèche avec usure progressive de la tête et du toit n'était pas due à une malformation primitive de la cavité cotyloïde, à une luxation congénitale en puissance et qui ne se complèterait qu'après quelques années.

Cependant, ici dès le début, il y a arthrite réelle, contracture et douleur.

Dans l'ostéochondrite déformante juvénile, l'examen histologique indique qu'il existe un processus inflammatoire probablement infectieux; dans la coxite sèche avec luxation progressive, il y a aussi « décalcification des foyers inflammatoires et même des petites parcelles de nécrose. » Tout ceci par conséquent est bien la preuve de l'infection et l'on sait des cas typiques d'ostéochondrite à début fébrile et douloureux (Widmann, Froelich).

Tout dernièrement encore, Trèves présentait à la Société de Pédiatrie trois cas d'ostéo-arthrite de la hanche chez de petits enfants dont l'une fort curieuse, latente, sans histoire clinique, frappait étrangement par des lésions radiographiques grossières comme celle d'une arthrite aiguë de la hanche à la fin de son évolution.

Gr..., Bernard, 21 mois, m'est amené au dispensaire Lazard, le 17 février 1928, parce qu'il boite depuis qu'il a commencé à marcher.

Rien de spécial dans ses antécédents. L'accouchement a été difficile, mais on n'a rien remarqué d'anormal à sa naissance. Il est né à terme, a été élevé au lait sec et a marché à 18 mois seulement, en boitant du côté droit.

Actuellement le raccourcissement est de 2^{cm}, 5. On ne peut étendre complètement la cuisse droite sur le bassin sans provoquer d'ensellure lombaire. De même l'abduction et la rotation interne et externe sont très limitées. Un peu de craquement articulaire. Atrophie musculaire de la cuisse et de la fesse. Aucune douleur spontanée ni à la pression. L'enfant marche sans souffrir une grande partie de la journée et son état général est excellent. On observe une différence de coloration des iris.

La radiographie montre un cotyle agrandi, très oblique, à la partie supérieure duquel une petite masse sombre paraît être la tête fémorale qui lui serait soudée. Le col attenant à la diaphyse entre les deux trochanters se présente sous la forme d'un petit bec, dirigé horizontalement. Le fémur, dans son ensemble, est luxé en dehors et en haut.

Des faits bien curieux enfin sont les coxites sèches avec enfoncement progressif du cotyle.

Elles ressemblent étrangement à ces protrusions du cotyle que nous avons vues chez l'adulte compliquer les coxites gonococciques.

Lannelongue, il y a de nombreuses années, avait déjà signalé ces lésions chez l'enfant et les attribuait à de l'ostéomyélite atténuée. Judet pensait

qu'il s'agissait d'une lésion épiphysaire du fond de la cavité cotyloïde au niveau de la réunion des trois os qui forment l'acétabulum.

« Leur pathogénie, dit Froelich (1923), reste obscure, l'intégrité persistante de la tête fémorale est à noter, le processus pathologique restant cantonné au fond de la cavité cotyloïde qui se ramollit et cède sous la pression de la tête fémorale. »



Fig. 27. — Enfoncement progressif de la cavité cotyloïde droite chez une fillette de dix ans atteinte de coxite subaiguë (Froelich).

Marie G..., actuellement âgée de 18 ans, est en traitement depuis 8 ans pour une coxite droite.

Actuellement, 7 novembre 1921, marche facilement sans canne, présente encore quelques douleurs dans la hanche quand elle est fatiguée, elle boite légèrement, elle a des difficultés à fléchir spontanément la hanche, ce qui lui rend pénible de monter des escaliers, elle les descend facilement. Le raccourcissement est de 5^{cm}. Il n'y a pas d'atrophie; la jeune fille est obèse, mais les règles sont normales.

Pendant toute la durée de sa maladie, elle a continué à marcher, trois fois elle a été plâtrée, pendant 5 mois chaque fois, à cause de la tendance à l'adduction.

La première radio indiquait de la décalcification de la tête fémorale, de l'usure de sa périphérie et de l'approfondissement de la cavité cotyloïde.

La radiographie actuelle montre la cavité profondément creusée, mais à contours éburnés très nets; cette cavité emboîte et encastre étroitement la tête fémorale dont les contours sont nets et qui est très dense. On a l'aspect d'une cavité cotyloïde qui s'est laissée enfoncer par la tête fémorale et l'entoure étroitement.

Depuis 6 mois la jeune fille se considère comme guérie.

Jeanne L..., actuellement 11 septembre 1921, âgée de 10 ans; elle nous a été présentée pour la première fois à l'âge de 3 ans, elle a deux frères et sœur plus âgés qu'elle, de 12 ans et bien portants; elle-même a marché à 1 an. Jusqu'à 3 ans, rien d'anormal. A partir de ce moment, de temps à autre, douleurs et claudication. Depuis 3 ans elle boite tout le temps. A l'examen, légère limitation des mouvements dans tous les sens, pas d'atrophie, pas de ganglion, pas de douleur. Nous pensons à une coxalgie fugace.

Revue à 6 ans et à 7 ans, plus de douleur, mais un peu de boiterie.

17 septembre 1921 : Pas de claudication, pas de ganglions.

Raccourcissement 1^{cm}. Tous les mouvements sont absolument libres comme ceux du côté sain.

Atrophie de la cuisse et du mollet 1^{cm}, 5.

Radio : Cavité cotyloïde considérablement augmentée, sa moitié supérieure s'est creusée dans la profondeur et vers en haut, mais ses contours sont très réguliers et très denses, comme éburnés : les contours de la tête sont tout à fait normaux. Le fond de la cavité fait saillie dans le bassin.

Adultes.

Chez l'adulte nous retrouvons des problèmes presque semblables, et luxation, arthrites déformantes, coarthries, bassins viciés posent souvent des diagnostics étiologiques rétrospectifs aussi difficiles.

« La pathologie de la hanche est remplie d'obscurité et les découvertes ou mieux les définitions récentes ne font qu'accentuer l'immense inconnu qui les entoure » (Mouchet, Carl Røederer).

Lorsque MM. Lance, Andrieu et Cappelle et aussi M. Tavernier signalent chez de jeunes militaires, qui ne se souviennent d'aucun trouble pendant leur enfance, des lésions radiographiques importantes de la tête et du col, et affirment qu'il s'agit des lésions tardives d'une ostéochondrite méconnue de l'enfance, n'est-on pas en droit de penser avec Broca que ce qui nous manque le plus pour juger, ce sont les « souvenirs du nourrisson ».

M. Savariaud, présentant une observation de M. Gougnet de Girarc, « ostéo-arthrite déformante des deux articulations coxo-fémorales », écrivait : « Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que cette jeune fille a eu une polyarthrite aiguë qui a causé de graves déformations des deux têtes fémorales avec agrandissement du cotyle gauche et tendance à l'ankylose. Il y a loin de là à voir dans cette observation une preuve d'identité entre l'ostéo-arthrite déformante de l'adulte et l'ostéochondrite des enfants. »

M. Sorrel décrivait, toujours au Congrès d'Orthopédie de 1922, l'arthrite déformante de la hanche de la façon suivante :

« C'est une affection du cartilage articulaire, véritable arthrite; les lésions

siègent sur et sous ce cartilage qui est détruit au niveau du cotyle, alors que dans ses parties libres il est le siège d'ostéophytes : le cotyle est plus profond, et il existe sur son pourtour des néoformations osseuses, la tête fémorale peut prendre l'aspect d'un champignon ou d'un tampon de wagon. Enfin les tissus périarticulaires sont indurés, et cela peut amener une véritable ankylose.

» La symptomatologie est celle d'une arthrite chronique de la hanche, souvent double, à laquelle se surajoutent des douleurs névralgiques, sciatique, des craquements articulaires.

» Radiographiquement on voit une destruction du cartilage diarthrodial, que traduit la disparition des espaces clairs. Le cotyle est éculé, approfondi, la tête usée, déformée, en coin ou en tampon.

» Il existe des néoformations au niveau de l'insertion de la capsule, tant sur le fémur que sur le sourcil cotyloïdien et au bord supérieur de celui-ci, sorte de heurtoir en bec d'oiseau légèrement recourbé en bas qui peut recouvrir la tête du fémur.

» En résumé, caractère douloureux, évolution progressive vers l'ankylose périarticulaire, syndrome anatomo-clinique qui peut être causé par des facteurs étiologiques différents. »

Ces arthrites déformantes chroniques non tuberculeuses de l'adulte ont encore été étudiées avec soin par Duguet et Clavelin en 1925 à propos de 30 cas personnels dont sept seulement étaient des coxalgies vraies. Une observation mérite particulièrement de retenir l'attention, car elle nous servira un peu plus tard à faire un rapprochement intéressant (voir *fig.* 26).

P..., 28 ans. Pas de boiterie de l'enfance.

En 1918, au cours de marches nombreuses, aurait commencé à boiter en même temps que la cuisse gauche a « enflé » (?). Hospitalisé à différentes reprises sans subir de traitement. Depuis boite et souffre.

En décembre 1924. Position hanchée, abaissement épine iliaque a. s. gauche. Boiterie par plongeon latéral à gauche. Ascension très marquée du grand trochanter. Limitation des mouvements plus marquée pour l'abduction, l'adduction et la rotation interne. Raccourcissement 2^{cm}, 5. Atrophie de la cuisse 5^{cm}. Pas d'adénopathie inguino-crurale.

Douleur à la marche dans le genou.

Radio. — Hanche gauche : cavité cotyloïde en partie effacée, complètement déshabillée. Disparition du sourcil cotyloïdien. Au-dessus on distingue une nouvelle articulation. Avec le nouveau cotyle s'articule une tête fémorale, déformée, un peu aplatie. A signaler quelques productions ostéophytiques au-dessus du nouveau cotyle.

Hanche droite normale.

Conclusions. — Aspect de subluxation congénitale : déficit fonctionnel modéré.

En terminant leur article, voici ce qu'écrivent Duguet et Clavelin :

« Nous voulons attirer l'attention sur ce fait que des traumatismes et des infections sont susceptibles de donner parfois des aspects radiographiques tardifs qui se rapprochent singulièrement de ce que nous savons de ces formes d'arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche.

» L'interprétation de ces arthrites chroniques est donc loin d'être aisée, puisque nous voyons des arthrites traumatiques et septiques nous donner des formes presque semblables à celles que nous avons étudiées. »

Robert Merklen, dans sa très belle Thèse à propos des coxarthries de l'adulte incriminait comme facteurs étiologiques toutes les infections et donnait une observation qu'il disait vraisemblablement d'origine blennorragique.

G..., 59 ans.

Blennorragie dans la jeunesse, arthralgie, guérison complète.

A 31 ans, après un refroidissement, poussée articulaire s'accompagnant de fièvre.

Depuis l'âge de 33 ans, apparition de rhumatisme chronique qui envahit successivement la colonne cervicale, les genoux, les épaules, puis les coudes.

Les hanches ne sont prises qu'à 54 ans; la gauche surtout est touchée au point que le malade finit par ne plus pouvoir ni étendre la jambe, ni marcher seul. A l'âge de 57 ans, le malade subit une résection de la hanche gauche (Hoffa)

Revu à 59 ans, deux ans après cette résection. La hanche gauche réséquée est très bonne au point de vue fonctionnel, très mobilisable. La hanche droite, par contre, présente une limitation extrême des mouvements. Sont atteints à un degré moindre : les poignets, les chevilles, les genoux, les coudes, la colonne cervicale.

Radiographie. — Hanche gauche : réséquée 2 ans avant.

Le col est dans la cavité cotyloïde en coxa-vara.

Ostéophytes au niveau du rebord du cotyle et au niveau du grand trochanter.

Hanche droite : la tête fémorale est déformée en champignon, sublaxée. Condensation osseuse au niveau du bord supérieur du col, ostéoporose dans la région trochantérienne.

Une autre de leurs observations est celle d'une femme de 54 ans qui vit survenir ses douleurs à 30 ans à la suite d'un accouchement. Et nous enregistrons comme un fait acquis cette possibilité de voir la gonococcie aboutir à une de ces coxarthries dont l'étiologie paraît si embrouillée et si obscure.

D'autres travaux resteraient encore à citer, mais ils sont trop nombreux. Toutefois celui de MM. Delbet et Mornard sur « l'arthrite chronique avec subluxation et ankylose progressive de la hanche chez l'adulte », est intéressant parce qu'il signale 6 observations de malades entre 21 et 49 ans, 1 homme et 5 femmes chez qui survinrent ces sortes d'arthrites insidieuses sans affection générale, sans traumatisme, sans claudication antérieure avec évolution vers le raccourcissement du membre et l'ankylose progressive.

Or, si les auteurs ne savent « dans quel cadre nosologique faire rentrer cette affection bien définie », s'il s'agit en réalité d'un « type clinique » dont on ne peut rendre responsable ni l'arthrite nerveuse, ni la coxalgie, ni la carie sèche, ni la syphilis, ou encore les infections, il est cependant curieux à noter qu'une femme a de la métrite cervicale et une ovarite droite, qu'un homme a eu la blennorragie et que les aspects radiographiques étaient absolument identiques dans tous les cas, au point d'être impossibles à reconnaître les uns des autres.

Les déformations des bassins peuvent à leur tour conduire à des interrogations auxquelles il est difficile de répondre.

Wolfsohn et Brandenstein en 1911 présentent un homme de 34 ans qui a eu l'âge de 6 ans un rhumatisme articulaire aigu localisé aux poignets.

Depuis 5 ans il signale des douleurs dans la hanche droite, depuis 3 ans des douleurs de la hanche gauche. Tous ces signes ont augmenté récemment. A l'examen l'abduction est limitée, l'extension normale et il n'existe pas de luxation.

La radiographie montre à droite une ébauche de protrusion.

« Ces coxites doubles sont rares, disent les auteurs. On a invoqué l'ostéomyélite ancienne, la scarlatine, la diphthérie, la typhoïde, la coxalgie. Est-ce ici un reliquat de la polyarthrite de l'enfance ? Nous le croyons et, sans doute, la hanche est-elle lésée depuis longtemps par une infection chronique de nature indéterminée.

» En tout cas il faut remarquer qu'il n'y a eu ni traumatisme ni syphilis. »

Ewald vit un cas de protrusion cotyloïdienne chez un jeune médecin de 34 ans sans en préciser l'étiologie. Tout ce que nous savons, c'est que le début remontait à 12 ans avec des lésions de rhumatisme du côté des doigts, des orteils, des poignets et des coudes. Sept ans après, la hanche droite était prise à son tour, le malade pouvait de moins en moins marcher et l'attitude devenait de plus en plus vicieuse.

A la radiographie il y avait ébauche de protrusion avec un fond de glène très mince et des ombres très altérées.

Et Ewald concluait à la forte analogie de cet aspect avec le cas de Schlagenhauser.

Il existe au musée Dupuytren, ainsi que le rappelle R. Merklen, une pièce de bassin où la cavité cotyloïde est fortement développée en profondeur, si bien qu'elle déprime en doigt de gant la paroi pelvienne, la perforant même au niveau de l'arrière-fond. La tête est parfaitement moulée sur la cavité cotyloïde et la hanche est parfaitement immobilisée sans qu'il y ait à proprement parler ankylose vraie. « Il nous paraît intéressant, ajoute Merklen, de rapprocher l'aspect de cette pièce des faits pathologiques décrits par M. Frœlich. »

Mais nous, ce sont aux cas de Schlagenhauser, de Kienböck que nous pensons : de même lorsque Larmande prend pour sujet de Thèse la description d'un bassin de femme d'environ 25 ans dont il ne connaît pas l'histoire clinique, mais qui présente une protrusion importante du fond du cotyle avec ankylose produite « seulement par l'ossification du tissu fibrocartilagineux du bourrelet cotyloïdien avec hyperostose compensatrice du fond de la cavité cotyloïde » qu'il cherche avec quelque peine à différencier de la spondylose rhizomélique, de la maladie de Berger (ankylose des deux hanches et de la colonne lombaire), du morbus coxæ senilis, etc.

Car ce que nous savons bien, c'est que « ni les coxites tuberculeuses si fréquentes, ni les ostéomyélites coxales suppurées beaucoup plus rares, ne donnent jamais lieu à des phénomènes de protrusion », et s'il est possible

que d'autres processus inflammatoires puissent entraîner ces déformations, Benda, lorsqu'il présentait dernièrement encore, un cas de protrusion chez une femme, dont le diagnostic fut fait pendant la vie, rapportait que l'on retrouvait dans les antécédents de la malade une polyarthrite dans la toute petite enfance, concluait que cette malformation en était certainement la séquelle, et ne voulait pas qu'on oubliât que la gonococcie avait pu être invoquée avec raison dans plusieurs cas.

Nous voudrions pour finir mentionner un détail découvert sur deux de nos images radiographiques de coxites gonococciques et qui n'est peut-être pas sans importance.

L'étude des lésions anatomiques des arthrites déformantes avait montré à R. Merklen que « du côté de la cavité cotyloïde, existent également des modifications importantes. Le sourcil cotyloïdien peut être surmonté d'ostéophytes, mais surtout on note un agrandissement dans tous les sens de la surface articulaire du cotyle. Cet agrandissement se fait surtout vers le haut, la cavité est donc agrandie et le sourcil fait en haut une saillie plus marquée que normalement, due probablement à une ossification du bourrelet; il se fait latéralement, il se fait vers le bas, et l'on voit une sorte de rideau osseux qui tend à séparer la cavité cotyloïde de son arrière-fond. *La pièce sèche prend alors un aspect très comparable à celui des cotyles à double fond décrits par M. Calot.* »

Or, ce que nous avons vu à la radiographie chez deux de nos malades nous paraît intéressant à rapprocher de ces faits.

Sur des clichés pris 3 mois environ après le début de l'arthrite et que nous avons reproduit ici, on pouvait constater en les comparant à une première image, non seulement que la tête fémorale s'était modifiée, comme aplatie et que le cotyle s'était considérablement agrandi comme par refoulement du toit et usure osseuse, mais que la tête remontée tout en haut s'était un peu rejetée hors de la cavité cotyloïde et s'articulait maintenant à la partie supérieure avec une sorte de nouvelle facette articulaire qui, laissant libre tout le fond et la partie inférieure de la glène simulait une véritable ébauche de cotyle à double fond (voir *fig. 14*).

Coopermann nous parle aussi de fémur luxé s'articulant par de nouvelles facettes suffisantes pour contenir la tête en place

Si une telle image s'est formée pour ainsi dire sous nos yeux et à la suite d'une arthrite aiguë de la hanche reconnue et traitée immédiatement nous pouvons nous demander si lorsque la réparation osseuse sera complète lorsque les mois, les années auront passé et que la marche aura encore modifié et la tête et le cotyle, nous n'aboutirons pas à l'image de la page 176.

L'aspect radiographique est dans ce cas celui d'une luxation congénitale avec le double fond typique décrit par M. Calot, bien que l'histoire de cette malade ne mentionne aucune boiterie dans le jeune âge.

N'est-il pas assez troublant de voir que des affections étiquetées très

différemment aboutissent en fin de compte à des images radiographiques si proches?

Si donc maintenant nous cherchons à résumer tant de faits bien confus, voici ce que nous pouvons dire avec certitude en nous appuyant sur des cas précis.

Les observations de Drehmann, Coopermann, Merklen nous ont montré



Fig. 28. — Déformation de la tête, luxation, cotyle à double fond. Les accidents articulaires ont évolué à l'âge adulte chez une femme n'ayant présenté aucune boiterie dans le jeune âge. (Comparer avec les figures 14 et 26.)

que la gonococcie était capable à la hanche de réaliser des aspects typiques de luxation congénitale, d'ostéochondrite, de coxarthrie.

Deux cas personnels nous ont appris qu'à la suite d'une coxite gonococcique avec luxation, on pouvait voir s'ébaucher une image radiographique de cotyle à double fond.

D'autre part, nous avons remarqué à la lecture des observations, que bien des luxations dites congénitales, bien des ostéochondrites avaient à leur

origine une histoire d'infection, de symptomatologie d'arthrite aiguë ou subaiguë; que beaucoup d'arthrites chroniques non tuberculeuses ou de coxarthries ne différeraient guère de celles étiquetées blennorragiques que par la non mention dans l'observation d'une gonococcie souvent mal recherchée; que quantité de schémas radiographiques de coxarthries, arthrites chroniques, etc., pourraient être ceux de coxites chroniques à gonocoques.

Nous savons enfin que c'est à la blennorragie que l'on peut attribuer la plupart de cas connus de protrusions cotyloïdiennes.

« L'ostéochondrite, l'arthrite déformante juvénile, la coxa-vara ne seraient, disait Nové Jossierand, que les formes anatomiques les plus fréquentes d'une maladie beaucoup plus générale qui a pour caractère essentiel de décalcifier les os, de les ramollir, et de les déformer. »

Ne sont-ce pas là les caractères mêmes que nous avons reconnus à la gonococcie ?

Or, sans vouloir prétendre que toute lésion chronique de la hanche est fatalement blennorragique, il semble bien que la gonococcie peut jouer ici le rôle de « catalyseur » dont parlait Henschen, pour l'évolution d'une arthrite déformante ultérieure, et il nous a semblé que les quelques exemples que nous avons rapportés illustraient parfaitement ces paroles de M. Mondor :

« La blennorragie peut entraîner des déformations de la tête fémorale, des déformations du col, des subluxations, des luxations, des ostéochondrites prolongées d'allure chronique, des ostéoarthrites déformantes, des arthrites sèches ankylosantes, des déformations du bassin. »

Et de plus en plus, à mesure qu'on l'étudie, la gonococcie apparaît comme « ce cadre vaste dans lequel bien des observateurs auront à ranger des arthrites aiguës, des déformations et des arthrites chroniques de la hanche. »

TRAITEMENT.

Notre intention n'est pas de faire un exposé complet du traitement de la coxite gonococcique, mais d'insister sur quelques points particuliers.

Traitements médicaux. — Les traitements médicaux les plus divers ont été appliqués ici comme pour les autres localisations articulaires de la blennorragie et chaque auteur a naturellement enregistré des succès ou des échecs tenant bien plus en réalité à la forme bénigne ou grave de l'affection qu'au traitement préconisé.

Hyperhémie active ou passive, courant continu, radium, médication salicylée, thyroïdienne, etc., ont donné lieu à la publication d'observations toujours probantes aux dires de l'auteur. La médication spécifique a naturellement été prônée en première place. Marotta nous présente ainsi un succès remarquable de la nucléoprotéine gonococcique.

Il s'agit d'un jeune argentin de 20 ans qui en pleine blennorragie aiguë est pris de douleurs intolérables de la colonne vertébrale et des deux coxo-fémorales avec impossibilité de se mouvoir. Pendant 5 mois, il reste au traitement salicylé et lorsque Marotta le voit au bout de ce temps, la colonne vertébrale est douloureuse spontanément et à la pression avec une rigidité marquée de toute la portion lombaire, les deux coxo-fémorales sont ankylosées et très douloureuses; ce malade éprouve une grande difficulté à se lever, et marche tout d'une pièce; or trois injections de nucléo-protéine gonococcique, des massages, et 25 jours après il peut *jouer au foot ball*. Deux ans après, nouvelle uréthrite, mêmes localisations articulaires plus quelques autres. et trois injections semblables produisent encore les mêmes heureux effets.

Il suffira de lire les observations placées à la fin de cette thèse pour se rendre compte de tous les traitements employés.

Mais nous voudrions reproduire ici une très belle observation que nous devons à l'obligeance de M. Rouillard et qui nous montrera que les traitements les plus énergiques, employés avec la science la plus parfaite, sont parfois impuissants devant les formes graves de la coxite.

Observation XII. — (Personnelle).

Robin, Louis, 22 ans, cuisinier, entre à l'hôpital Boucicaut le 5 août 1927.

Pas d'antécédents pathologiques importants.

Pas de rhumatisme articulaire aigu antérieur.

A eu une blennorragie (la première) dans les premiers jours de juin 1927.

Traité par des injections au permanganate et de la rhéantine, l'urétrite semble guérie à la fin de juin 1927.

Vers le 1^{er} juillet, arthrite légère du poignet droit, douleurs, gonflement, rougeur, impotence fonctionnelle absolue. Va consulter à l'hôpital de Levallois où l'on met la main en extension sur une planchette.



Fig. 29. — Coxite gonococcique aiguë six semaines après un traitement sérique intense (intraveineux et intramusculaire). Ankylose complète.

On donne du salicylate de soude (4^g par jour) et l'on fait des injections sous-cutanées de ??.

Huit jours après, cette arthrite semble guérie, sans séquelles.

Vers le 12 juillet, douleurs vives dans le genou gauche et dans la hanche gauche.

On donne à nouveau du salicylate de soude (14^g par jour) à l'hôpital de Levallois. Le malade a une température élevée, du délire; il maigrit, pâlit; ses douleurs restent très vives, surtout à la hanche gauche. Entre à Boucicaut le 5 août.

A ce moment, les douleurs du genou ont cessé, et les mouvements du genou sont à peu près normaux.

Mais la coxo-fémorale est très douloureuse; attitude vicieuse en flexion; abduction et rotation externe; limitation extrême des mouvements, douleurs à la palpation de la tête, atrophie musculaire de la cuisse gauche; ganglions inguinaux.

État général très altéré; température à 39°.

Pas de modification des bruits cardiaques.

Pas d'écoulement urétral.

Le premier soin est de corriger l'attitude vicieuse et de mettre le membre inférieur gauche en attitude normale par l'extension continue.

Le 8 août, injection intra-veineuse de 20 cm^3 de sérum antigonococcique Pasteur diluée dans 100% de sérum physiologique, tiédi. A la fin de l'injection, tendance nauséuse, un peu d'angoisse.

Les douleurs coxo-fémorales diminuent dans les jours suivants.

Le 12 août, nouvelle injection intra-veineuse comme le 8; pas d'incidents.

Le 17 août, nouvelle injection intraveineuse identique, mais au bout de quelques minutes (la moitié du liquide étant injecté) apparaissent des troubles visuels, étouffement, angoisse, sensation de mort imminente, lipothymie; visage cyanosé, sueurs. On fait une injection sous-cutanée d'adrénaline et de l'huile camphrée. Les accidents disparaissent; une heure après, état normal.

A cette date, l'amélioration est très nette. Le malade se trouve à peu près bien dans l'attitude en extension complète. On peut fléchir la cuisse à 90° sans déterminer de douleur très vive; plus loin, la flexion est très douloureuse, impossible; l'abduction est très limitée.

La température est à $37^\circ 2-37^\circ 4$; l'état général est bien amélioré.

Le 19 août, la température remonte à $38^\circ 6$ le soir.

On décide de continuer la sérothérapie par la voie intramusculaire.

Le 20 août, injection sous-cutanée de 2 cm^3 de sérum antigonococcique Pasteur; 30 minutes après, injection intramusculaire de 20 cm^3 de sérum, à la face externe de la cuisse, en direction de l'articulation, pas de réaction immédiate.

Le lendemain, urticaire généralisé, très prurigineux, arthralgies multiples (les deux poignets, les doigts, les deux genoux), $38^\circ 4$. On donne du chlorure de calcium et l'on fait de l'auto-hémothérapie (10 cm^3); les arthralgies disparaissent rapidement, l'urticaire cède en 48 heures, la température reste entre 37° et 38° .

Le 27 août, même injection préparante, même injection para-articulaire de 20 cm^3 de sérum antigono. Au bout de 10 cm^3 violents frissons, angoisse, cyanose, sueurs extrêmes froides, pouls imperceptible.

On injecte 1 cm^3 d'adrénaline sous la peau et la rinçure de la seringue dans la veine.

Le malade devient très pâle.

Cinq minutes après, le pouls devient perceptible, l'état du malade s'améliore très rapidement.

Le soir, 39° .

Le 28 août, bon état général, 38° le soir.

La température revient à la normale.

État de la hanche: pas de douleurs spontanées, si l'on n'essaie aucune mobilisation

(Le malade est complètement immobilisé depuis le début.)

A cette date, l'exploration très prudente des mouvements de la hanche montre qu'ils sont extrêmement limités, plus limités qu'au 15 août; la flexion est très vite arrêtée.

Le 7 septembre, injection sous-cutanée de 0 cm^3 , 75 de vaccin antigono I O D;

le 9 septembre, 1 cm^3 ; le 11 septembre, 1 cm^3 , 5.

Bien supportées, un peu de fièvre.

A la fin de septembre, assez bon état général.

Température entre 37° et $37^\circ 5$.

La flexion de la hanche est à peu près impossible. L'ankylose se constitue.

On fait lever le malade; il marche sans douleur; on fait des massages, des essais de mobilisation; on lui conseille des mouvements rationnels qu'il exécute. Mais tout ce qu'on gagne, c'est d'adapter et d'assouplir sa colonne lombaire. L'ankylose persiste,

très serrée, mais en attitude d'extension complète. Toutes les autres articulations parfaites.

Revu en février 1928 (4^e radio).

La hanche gauche ne fait presque aucune flexion, une abduction très limitée, une extension très limitée. Le malade marche bien, peut travailler (depuis peu) comme cuisinier.

Tous les mouvements qui exigent la flexion de la cuisse ne s'exécutent que grâce à la souplesse de la colonne lombaire.

Nous renvoyons encore à l'observation de Ryckewaert, où le sérum antigono employé par voie intraveineuse amena d'abord une augmentation de tous les phénomènes articulaires et généraux et finalement ne vint pas à bout de la « raideur de la hanche et des genoux ».

Traitements orthopédiques. — Ce traitement doit être avant tout un traitement préventif, c'est sur lui que nous insisterons. Il faut, devant toute arthrite de la hanche, n'avoir qu'un seul souci : les complications articulaires graves qu'elle peut entraîner, c'est-à-dire *les ankyloses en mauvaises positions, les luxations intra et extra-acétabulaires.*

Nous avons deux moyens à notre disposition pour tâcher d'y parer, les appareils à immobilisation et surtout, et avant tout, l'extension continue.

Il y a fort longtemps que Gosselin disait : « Les appareils inamovibles rendraient de grands services, mais la difficulté c'est de les poser à cause des secousses infligées. »

Aujourd'hui l'anesthésie générale, de meilleures techniques, nous permettent d'appliquer plus facilement ces appareils, plâtrés généralement. Mais s'ils agissent remarquablement sur les phénomènes douloureux et inflammatoires en mettant l'articulation au repos, ils ne sont pas une garantie suffisante contre les mauvaises positions ni contre les luxations.

Guinard avait ainsi immobilisé une jeune femme de 21 ans et les douleurs violentes avaient cessé complètement et rapidement ; mais quand on enleva l'appareil, on s'aperçut que le « membre était fléchi et placé en forte abduction et la malade absolument difforme. »

De même, dans une des observations de M. Mondor, le plâtre ne permit pas d'éviter la luxation intra-acétabulaire.

Coopermann emploie pour ses nourrissons des spicas plâtrés allant du thorax aux orteils, immobilisant ainsi complètement la partie inférieure du corps. Dans ces plâtres on pratique de larges échancrures et les membres sont placés dans l'abduction la plus grande pour permettre les traitements vulvaires.

Stern fit aussi à son malade de grands plâtres partant de l'aisselle et aboutissant au pied et qui immobilisent parfaitement.

Difficulté d'appliquer ces appareils qui demandent une technique parfaite (König) ; nécessité de les renouveler souvent, surtout chez l'enfant où ils

sont vite souillés et ramollis, et aussi parce que la fonte musculaire continuant sous le plâtre rapidement, ils ne maintiennent plus suffisamment le membre; impossibilité de surveiller et de corriger à chaque instant la position de la cuisse et de la jambe, font qu'aux appareils plâtrés on préfère beaucoup l'extension continue.

L'extension continue est le remède « miraculeux » contre la souffrance :

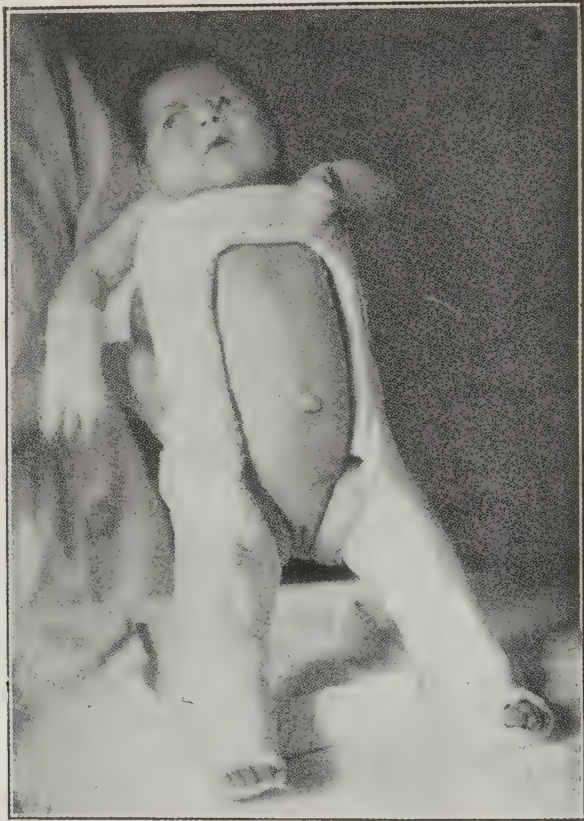


Fig. 30. — Grand plâtre employé par Coopermann chez une fillette de huit semaines. Coxite droite avec luxation fémorale et inflexion de la colonne vertébrale. Arthrites de la cheville gauche et du poignet droit (Coopermann *in* Mondor).

Bennecke, König, Schlagenhauser, autrefois, avaient déjà signalé ses effets surprenants chez les malades jusque-là « hurlant de douleur ». Il est tout à faire rare que, comme dans un de nos cas, l'extension continue n'amenant aucune sédation des accès intolérables, on doive avoir recours au plâtre qui, lui, est parfaitement accepté.

De plus, si en éloignant les extrémités articulaires l'une de l'autre elle

diminue la reproduction de l'épanchement (König) par le même moyen elle lutte sûrement contre l'ulcération compressive et par conséquent contre les luxations, et les enfoncements acétabulaires et, tenant des surfaces ulcérées hors de contact, évite dans une certaine mesure la production de ces jetées osseuses qui se produisent entre deux extrémités dépourvues de leur cartilage.

C'est certainement à elle qu'il faut attribuer le non-enfoncement de l'acétabulum détruit par une tête encore presque intacte dans notre observation VII et la non-production de la luxation et d'une ankylose complète dans le cas que nous rapportons de ce jeune garçon de 19 ans traité dès les premières manifestations de l'arthrite (observation III). Schlagenhauser avait déjà conclu autrefois que c'était à cause de l'extension appliquée vite et si souvent que l'on voyait si rarement des protrusions cotyloïdiennes.

Mais si elle a sûrement une influence mécanique, elle n'empêche pas du tout la continuation du processus infectieux et la destruction osseuse qui s'ensuit. Il ne faut donc pas s'étonner que dans un de nos cas, vu à la période d'ulcération compressive, alors que la tête déjà en position de subluxation appuyée fortement contre le toit du cotyle, l'extension continue n'ait pas empêché la luxation importante qui se produisit très rapidement par suite d'un effondrement osseux que l'on peut contrôler parfaitement à la radiographie (voir *fig. 3* et *14*).

On ne peut donc pas souscrire à cette remarque de Bennecke prétendant que puisque chez une de ses malades, pendant les sept dernières semaines qu'elle avait passées dans son service, l'extension continue avait été appliquée, il fallait admettre que la perforation du fond du cotyle trouvée à l'autopsie s'était constituée pendant les cinq premières semaines.

Nous pourrions répondre que la perforation se fit peut-être pendant et malgré l'extension continue.

Curtillet et Tillet d'Alger préfèrent à l'extension habituelle horizontale l'extension verticale du membre inférieur. Dans ce procédé, la cuisse est mise à angle droit sur le bassin, la plante du pied regardant le plafond.

Les avantages de cette méthode sont les suivants : 1^o écartement des surfaces articulaires; 2^o absence de souillure de la région sacrée; 3^o Suppression de la douleur; 4^o pas d'escarre sacrée; 5^o suppression de la possibilité de la luxation pathologique.

Enfin d'autres auteurs préconisent, comme M. Dubouchet, l'association du plâtre et de l'extension continue.

Signalons pour finir cette recommandation de König qui vaut pour toutes les méthodes, de maintenir longtemps l'extension continue sous peine de voir une récurrence de l'affection se produire comme il en fut le témoin.

Traitements chirurgicaux. — A ces traitements on peut opposer le

traitement chirurgical qui vise, et à guérir l'arthrite elle-même, et à prévenir les complications.

Nous ne parlerons pas de la sémino-vésiculotomie de Fuller par laquelle l'auteur prétend avoir guéri complètement un cas aigu et grave de coxite et un autre cas chronique qui pendant 8 ans avait résisté à tout traitement.

La ponction a été préconisée au niveau de la hanche comme un véritable moyen curateur qui, surtout dans les formes suppurées, disait Wilms, hâte essentiellement la guérison. Et de fait Mathiès avait noté que, dans un de ses cas, l'évacuation à la seringue d'une toute petite quantité de liquide, non pas purulent mais muqueux, avait suffi pour améliorer de façon considérable l'évolution d'une arthrite grave qui, dès lors, se hâta vers une guérison remarquable. Il en fut de même pour un cas que nous rapportons d'autre part, et où les douleurs cédèrent complètement, nous dit la malade après une ponction qui n'avait pas été bien importante (Obs. I).

Nous n'avons jamais vu tenter d'arthrotomie pour les coxites gonococciques comme pour d'autres localisations articulaires. Wilms la préconisait avec ardeur : « Tous les cas, disait-il, qui ne cèdent pas rapidement aux divers traitements médicaux connus, sont justiciables de la chirurgie; l'incision doit être précoce et évacuer aussi bien le liquide intrasynovial que la sérosité œdémateuse péri-capsulaire. Par cette évacuation, l'évolution vers la rupture et dislocation de l'appareil ligamenteux est devenue impossible, les lésions des cartilages sont amoindries et de ce fait l'ankylose. De plus, la douleur est très diminuée, sinon supprimée, ce qui permet plus vite la mobilisation passive. Il faut donc, sous anesthésie générale, découvrir la capsule par voie d'abord postérieure comme pour la résection et l'inciser. »

L'arthrotomie, bien que difficile à pratiquer à la hanche, amènerait peut-être d'heureux résultats; entre autres cette sédation immédiate et bienfaisante de la douleur, ainsi que nous avons pu le constater pour d'autres articulations.

Nous devons à Hamann deux belles observations d'excision de la hanche pour arthrite gonococcique. Anciennement la résection fut maintes fois pratiquée, principalement par les chirurgiens allemands, Langenbeck, Sonnenburg, à qui nous devons la connaissance des lésions « de carie » dans ces sortes d'arthrites; mais là où réside l'intérêt des observations d'Hamann, c'est que, grâce à cette opération, il fut possible de pratiquer des examens anatomo-pathologiques et bactériologiques, d'écarter aussi des diagnostics de tuberculose ou de syphilis et même une fois de découvrir dans la tête fémorale elle-même des gonocoques qui purent être cultivés.

J. K..., 25 ans, Hongrois, contracte une blennorragie en juin 1903. Il est admis à l'hôpital et le 2 juillet commence à souffrir de la hanche droite, du genou et de la

cheville. Des gonocoques sont trouvés dans l'urétrite et l'on attribue naturellement ses douleurs au rhumatisme gonococcique. Il commença à souffrir beaucoup, à présenter des contractures, et la médication spécifique n'eut aucun effet.

Sous anesthésie, on corrige la position vicieuse et l'on met un plâtre. En octobre, on s'aperçoit d'une grosse tuméfaction avec épaississement de la hanche droite. Le membre est en rotation forcée, il y a de la douleur à la pression et au mouvement. Fièvre 101-102°, mais au moment de l'opération, le 4 novembre, la fièvre est tombée.

On se pose la question de savoir s'il s'agit de tuberculose ou de néoplasme. Comme son état empire, on décide d'explorer l'articulation.

A l'opération, on trouve la capsule et les tissus périarticulaires épaissis, avec formations inflammatoires dont certaines sont en partie organisées. Pas de pus. La tête est érodée, le cartilage détruit et l'os présente de l'ostéite granuleuse. Le ligament rond est détruit, l'acétabulum carié, le cartilage absent. Je pensai à ce moment qu'il s'agissait d'une coxite tuberculeuse et excisai la hanche à la manière habituelle, prenant soin de curetter complètement l'acétabulum et d'enlever tout le tissu malade.

Drainage pendant un peu de temps; la plaie se cicatrise rapidement, pas de pus et pas de fistule.

A présent, l'état du malade est excellent. Plus de douleur à la hanche, et quelques mouvements. Le résultat opératoire est des plus satisfaisants.

Examen histologique par le Dr Placak :

Cultures négatives. Sur les coupes, tissu de granulation; pas de cellules géantes de tuberculose. Par coloration ni B. K., ni microbes.

Bien que les gonocoques n'aient pas été trouvés, je pense qu'il ne peut y avoir de doute, et qu'en l'absence de tout signe de tuberculose, nous pouvons raisonnablement dire que c'est un cas de carie de la hanche due à l'infection gonococcique. La syphilis fut entre temps écartée.

H. S..., 41 ans, marin, admis le 10 octobre 1903. A contracté la blennorragie 2 mois et demi avant son admission, a encore un écoulement à l'entrée. Pus de l'urèthre, diplocoques en grande quantité. Gram négatif. La maladie actuelle a débuté 2 mois avant son entrée (en plein écoulement blennorragique) avec plus ou moins de fièvre, sueurs, douleurs de la hanche gauche et du genou, ainsi que de l'épaule. A maigri considérablement le dernier mois.

Le traitement habituel des rhumatismes blennorragiques appliqué ne donne aucun résultat, sauf que le genou est moins douloureux. (On n'a pas fait d'irrigation du genou.)

12 décembre : La hanche gauche est très douloureuse à la pression, surtout antéro-postérieure. Douleurs à l'essai de mobilisation. Membre dans l'extension. A la palpation bimanuelle, on perçoit un gros épaississement. Ceci peut même être constaté à la vue. La hanche rappelle tout à fait celle du cas précédent. Pas de fièvre. Pas de notion d'une affection viscérale quelconque.

Comme le mal empire, on décide d'exciser la hanche. Incision habituelle. La capsule et les tissus périarticulaires sont épaissis et infiltrés; il y a des masses de tissu de granulation, de la lymphe à demi organisée dans l'article et le ligament rond est en partie détruit.

Le cartilage sur la tête du fémur est érodé par place; l'os et l'acétabulum sont cariés. Pas de pus. Excision de l'articulation, acétabulum complètement curetté, et les tissus moins malades enlevés. Fermeture par première intention.

Examen bactériologique, par le Dr Placak :

Cultures en partant des tissus autour de la hanche, de la partie nécrosée de l'os et de l'os immédiatement sous la portion nécrosée. D'autres sont faites en partant de la

partie centrale de l'os. Elles sont obtenues par sciage de l'os avec une scie stérile, toutes précautions d'asepsie étant prises. Les milieux employés sont le bouillon ascite, le bouillon glyciné et le sérum au sang. Les tubes de bouillon ascite ensemencés avec les tissus prélevés sous les zones de nécrose montrent un diplocoque morphologiquement semblable au gonocoque et se colorant comme lui. Ceci est une *culture pure*. Les autres sont négatives. Celles sur bouillon glyciné sont prises au centre de l'os sous la zone nécrosée.

Examen anatomo-pathologique. — La surface articulaire de la tête montre des zones irrégulières de nécrose qui s'étendent à 1^{cm} environ dans la substance profonde. Pas de pus en aucun point. La surface articulaire est rugueuse.

Au microscope : Les coupes sont à la fois vacuolaires et fibreuses avec de nombreux vaisseaux sanguins; congestion intense. Pas de cellules géantes ou d'évidence de tuberculose. Coupes colorées à fuchsine et bleu de toluidine ne montrent pas de B. K. Pas de diplocoques Gram négatif dans les tissus mous.

Coupe de l'os : simple nécrose, pas de zone de tuberculose. La recherche des B. K. est négative. On ne peut pas mettre de gonocoque en évidence.

Les complications une fois constituées, les traitements sont ceux de toute ankylose ou luxation quelle qu'en soit l'étiologie.

A. ANKYLOSES. — Une très vieille observation de 1850 de Burhig nous informe que, pour lutter contre une ankylose complète de la hanche, due au gonocoque, Junkes pratiquait l'onction de toute la région avec de la graisse d'oie, puis avec la moelle osseuse d'un cochon fraîchement tué. Quel était le résultat, nous l'ignorons. En tout cas Buhrig, prévoyant, ajoute : « Il faut insister sur ce que ces ankyloses unies à des phénomènes de névrite sont très persistantes. »

Aujourd'hui, c'est à la mobilisation forcée sous anesthésie que l'on s'adresse en premier lieu.

Elle peut arriver à vaincre des résistances uniquement fibreuses comme dans les cas rapportés par Hamann, mais il ne faut pas escompter venir à bout par ce moyen d'une ankylose osseuse complète et déjà ancienne.

On peut aussi lui trouver quelque inconvénient. « Les os sont ici très altérés et l'on risque de remplacer une semi-ankylose par une fracture du col du fémur ce qui aggrave encore le pronostic » (König).

Donc, contre les ankyloses véritables et très anciennes, il faut recourir aux résections contre les ankyloses incomplètes et douloureuses, aux butées et arthrodèses; enfin, en Italie, avec Putti, en Amérique, on tente de plus en plus les arthroplasties pour essayer de redonner à l'articulation ankylosée un fonctionnement parfait. Une récente statistique de Stevenson Baer, basée sur 100 cas, comprend 19 cas d'arthrites gonorrhéiques coxo-fémorales avec 95 pour 100 de succès. « On peut presque promettre un bon résultat après une infection blennorragique de la hanche », dit l'auteur. « D'après mon expérience, ce sont même les meilleurs cas d'arthroplasties de la hanche, mais il faut observer certaines règles. Ne jamais exécuter l'arthroplastie pendant la période aiguë de l'infection blennorragique, attendre pour le

moins un an après la disparition de tous symptômes avant de conseiller l'opération. La distension de la capsule et l'inflammation des tissus péri-articulaires rétrogradent lentement. A l'état subaigu les tissus sont très fibreux et ont perdu de leur élasticité. Une nouvelle formation osseuse et une ankylose fibreuse sont beaucoup plus à craindre si l'opération est tentée trop tôt. »

B. LUXATIONS, — On est presque toujours amené dans ces cas à faire une reposition sanglante de la tête, car étant donné les rétractions des parties molles, les ankyloses constituées, la réduction manuelle est, dans la majorité des cas, impossible. Du reste, exigeant un grand déploiement de force, elle risque, comme dans le cas de Brès, d'aboutir à une fracture du col du fémur par suite de l'ostéoporose étendue et de substituer à une infirmité une complication sérieuse.

Dans les deux cas de réductions sanglantes de Payr, les deux seules que nous ayons pu trouver chez l'adulte, les résultats furent assez bons et, dans une observation, nous lisons que 4 mois après l'opération, la flexion et l'extension étaient suffisantes, mais qu'il n'y avait ni abduction possible, ni mouvement de rotation. La radiographie montrait une tête petite, mais en place un an après et la malade pouvait faire un travail debout.

Chez l'enfant, dit Coopermann, il ne faut pas tenter la réduction des luxations avant l'âge de 2 ans.

Il eut ainsi à traiter 11 enfants et voici comment il procéda.

Après deux semaines d'extension continue, essai de réduction sous anesthésie à l'éther. « La grosse difficulté dans le maniement de ces articulations est la fibrose et la contracture des tissus péri-articulaires. Il fut impossible de réduire d'emblée la luxation dans la plupart des cas. On plaça alors le membre en abduction et en flexion pour amener la tête fémorale sous et derrière la cavité acétabulaire et l'on appliqua un plâtre pendant 5 semaines.

» La réduction fut alors à nouveau tentée et fut obtenue dans 9 cas vérifiés radiographiquement. A cette époque, mes associés et moi étions ravis d'un tel résultat, mais malheureusement, à cause de la négligence des parents, de l'âge des malades, il fallut souvent changer les plâtres souillés et cassés, et toutes les luxations se reproduisirent en grande partie à cause des lésions du cadre osseux.

« Dans trois cas, nous fîmes une reposition sanglante et le résultat fut deux fois excellent; pour le troisième cas, la hanche a, à nouveau, glissé. »

En France, MM. Judet, Roederer, Lamy ont longuement discuté ces temps-ci sur la difficulté de réduire et de contenir, chez le nourrisson, ces luxations de la hanche consécutive aux arthrites suppurées.

« La réduction et la contention pendant la phase aiguë ou immédiatement après sont complètement inutiles », dit M. Lamy; « la réduction tardive non sanglante ne donne aucun résultat, et il faut opérer tôt, car si l'on intervient

tardivement, on constate que le tissu fibreux a envahi l'ancien cotyle et coiffé le moignon du fémur, ce qui rend encore plus illusoire toute tentative de réduction. Or, la destruction de l'articulation par disparition de la tête est extrêmement rapide, et sur des radios prises à quelques jours d'intervalle, on peut constater que la tête est parfois détruite en une huitaine de jours. »

M. Judet préconise, pour maintenir la réduction, la méthode des butées



Fig. 31. — Évolution de l'arthrite de la figure 15. Vingt-deux mois plus tard la tête et la cavité cotyloïde restent floues. La luxation coxo-fémorale gauche persiste. La réduction manuelle a été tentée sans succès (Coopermann *in* Mondor).

osseuses iliaques par greffe, mais M. Roederer craint que ces butées osseuses soient également insuffisantes. Il rappelle alors que des meilleurs résultats sont dus à des ponctions prématurées de la hanche suivies d'immobilisation immédiate. L'articulation dans ces cas est restée normale et physiologiquement parfaite.

Nous ne ferons que mentionner les traitements des luxations et ankyloses en mauvaise position qui consiste le plus généralement en ostéotomie sous-trochantérienne et qui n'a rien ici de particulier.

Pour finir, nous rappellerons qu'un principe absolu doit guider le chirurgien qui désire s'attaquer au traitement des séquelles des coxites gonococciques : c'est de savoir attendre que les lésions soient absolument refroidies avant de tenter la moindre intervention. Il n'est plus question cette fois de la crainte des fractures dues à la décalcification intense des os ; mais si une simple mobilisation passive peut amener une reprise de l'infection avec douleurs, température, on comprend à plus forte raison qu'une intervention sur des foyers mal éteints puisse être suivie d'une récurrence grave de la coxite et surtout d'un ensemencement de l'organisme tout entier.

Torrance Rugh y insistait autrefois et tout récemment encore Coopermann.



OBSERVATIONS.

Observation 1 : H. MONDOR. — *Rapport au Congrès de Chirurgie, 1926.*

Le 1^{er} février, à 8^h du soir, je suis appelé auprès d'une malade qui est couchée, depuis trois semaines, pour une affection fébrile grave. Cette jeune fille de 20 ans a été prise en pleine santé d'une atroce douleur soudaine, le 11 janvier 1926. Cette douleur siégeait dans la fesse gauche, empêchait la station debout, força la malade à s'aliter.

Le salicylate ne calma pas la douleur, ne fit pas baisser une température qui, depuis le premier jour, resta fixée vers 39°.

Le 1^{er} février, à 6^h du soir, un médecin consultant appelé par le médecin traitant, porte le diagnostic de phlegmon de la fosse ischio-rectale.

Lorsqu'on me demande auprès de la malade, « c'est pour une incision d'urgence ».

Mais je vois une malade dont la cuisse gauche est en flexion, adduction et rotation interne très marquée et dont les deux mains fixent et protègent la cuisse dans cette position. Il est aisé d'écarter l'hypothèse d'un phlegmon ischio-rectal et assez facile de localiser à l'articulation coxo-fémorale les phénomènes inflammatoires, si violents. L'examen est cependant rendu délicat par l'intensité des phénomènes douloureux. Le palper du triangle de Scarpa et des fesses arrachent des cris à la malade. L'empatement de ces deux régions est manifeste, largement étalé. Ce qui est caractéristique, c'est que le moindre mouvement transmis à la tête fémorale fait hurler la malheureuse. En agissant avec la plus attentive douceur au niveau du genou, tout essai de flexion, d'extension et de rotation dans la hanche est un supplice. Il faut bien insister sur cette douleur atroce, car elle est le symptôme le plus frappant et elle ne sera pas sans avoir sur la maladie son influence.

Je porte le diagnostic d'arthrite aiguë coxo-fémorale : je dis au médecin les raisons de penser à une arthrite gonococcique : caractère phlegmoneux des lésions, douleur extrême, soudaineté du début. A ce moment, un interrogatoire plus minutieux m'apprend qu'il y eut arthralgie du poignet gauche pendant deux ou trois jours avant l'atteinte brutale de la hanche. Cette notion fortifie ma conviction.

Je demande que la jeune fille soit apportée en ambulance dans le service de mon maître, M. Souligoux, à Beaujon.

Le lendemain, à l'hôpital, mon premier soin est de réduire cette position vicieuse dans laquelle la malade est fixée depuis trois semaines (flexion aiguë très marquée, adduction, rotation interne) et d'immobiliser cette articulation, dont les douleurs n'ont pas permis une seule heure de sommeil depuis 20 jours.

Anesthésie générale, grand appareil plâtré de coxalgie : cuisse en extension, pied à angle droit.

Le jour même, je fais faire une injection sous-cutanée de 1^{cm}³ de lipovaccin anti-gonococcique (lipogon). Le lendemain, la température s'abaisse à 37°, alors que depuis le début elle était de 39° environ.

Je fais faire une radiographie et un prélèvement des écoulements vaginaux. Je

constate qu'il existe un certain degré de vulvite et que la malade est vierge (hymen à petite ouverture n'admettant pas l'index).

L'examen bactériologique est négatif.

En revanche, l'examen radiographique montre à l'évidence deux signes : 1° la disparition de l'interligne articulaire; 2° une ostéoporose très marquée de la tête fémorale, ostéoporose surtout marquée à la partie supérieure de la tête.

Le traitement par le lipogon est continué (injection sous-cutanée tous les quatre jours). La malade a une température qui ne dépasse pas 38°, mais des douleurs encore épouvantables. Malgré l'appareil plâtré, ces douleurs sont telles qu'il faut faire chaque soir de la morphine et que le moindre soin de toilette donné par les infirmières est un réveil de cris. La malade en arrive, par crainte du bassin, à uriner sous elle sans prévenir. Il en résulte bientôt une escarre sacrée importante dont les pansements vont donner lieu à des douleurs, à des crises de larmes qui affligent le personnel. La maladie est véritablement atroce. La malade ne dort pas, ne s'alimente pas, devient cachectique, a une large escarre. Le lipogon est continué, sans autre gain que la chute de la température, dont on peut aussi accorder le bénéfice à l'immobilisation par le plâtre. *Il convient d'indiquer que, au cinquième prélèvement de pus vaginal, l'examen bactériologique a révélé la présence de gonocoques purs et que la réaction de fixation (gono-réaction) a donné un résultat franchement positif.*

Je fais faire une nouvelle radiographie, le 25 février. Elle est déconcertante. Dans la gouttière plâtrée qui semblait l'immobiliser, la malade est en train de réaliser une luxation pathologique. La tête fémorale semble à demi amputée par le sourcil cotyloïdien. La moitié inférieure du cotyle est désertée. Ce qui reste de la tête est en subluxation en haut et en arrière. Les choses se passent comme si le rebord cotyloïdien, à la façon d'un instrument tranchant, tranchait, réséquait cette tête poreuse dont la première radiographie montrait la décalcification aiguë. Je fais supprimer la gouttière plâtrée et appliquer l'extension continue.

La malade en éprouve un grand soulagement. De ce jour cessent les phénomènes douloureux. Le lipogon est continué pendant quinze jours encore; l'état général de la malade s'améliore. Elle mange, dort, ne redoute plus le pansement de l'escarre.

Une nouvelle radiographie, le 15 mars, montre que l'extension n'a pas corrigé la subluxation. Par crainte d'une ankylose en attitude tout à fait vicieuse, je n'ose pas placer cette cuisse en flexion, rotation externe et adduction, qui favoriserait le retour de la tête. Je fais faire un appareil plâtré par le D^r Robert-Ducroquet. La malade le gardera deux mois. Elle ne souffre plus, engraisse, répare vite son escarre.

Le 15 mai, l'appareil plâtré est enlevé. La malade a une cuisse gauche fort atrophiée, un raccourcissement de 4^{cm}, une hanche incomplètement ankylosée en subluxation.

Il faut souligner et publier ce déplorable résultat orthopédique. Voici une jeune fille de 20 ans, vierge, dont la mono-arthrite aiguë coxo-fémorale, diagnostiquée au vingtième jour, et, malgré quatre examens bactériologiques négatifs, justement étiquetée gonococcique et traitée par des vaccins antigonococciques, a entraîné, malgré le plâtre, une luxation pathologique.

Quelques commentaires sont utiles. Cette jeune fille de 20 ans, vierge, est considérée par un des médecins des plus distingués comme probablement atteinte d'arthrite rhumatismale ou suspecte de coxalgie. Elle est brusquement déclarée atteinte de phlegmon ischio-rectal par le médecin consultant. Lorsque je la vois, l'aspect clinique est assez éloquent. L'attitude vicieuse de la cuisse, l'atrocité des douleurs, l'empatement phlegmoneux périarticulaire, les douleurs provoquées par la plus petite recherche de mobilisation fémorale, l'état général font faire le diagnostic d'arthrite aiguë. La notion qu'une arthralgie fugace au poignet a précédé, et, au contraire, l'absence de tout autre foyer infectieux, conduisent au diagnostic d'arthrite aiguë phlegmoneuse survenue soudainement après une courte alerte dans une autre articulation : c'est bien l'arrivée de l'arthrite gonococcique.

Le premier soin, à l'hôpital, fut de corriger l'attitude vicieuse. Sous anesthésie, ce fut facile. La sédation des douleurs ne fut pas obtenue aussitôt, malgré le plâtre et la vaccinothérapie; mais la température baissa dès le lendemain. La première radiographie montra la décalcification considérable de la tête fémorale, mais un excellent affrontement des surfaces articulaires. La deuxième radiographie me montra une complication bien désappointante : la tête poreuse, sans résistance, était comme sectionnée à demi, réséquée à demi par le sourcil cotyloïdien. La luxation pathologique était en train de se constituer dans le plâtre et malgré la vaccinothérapie. Entre temps, le gonocoque, au cinquième prélèvement de sécrétion vulvaire, chez cette vierge incontestable, avait été découvert.

La situation se compliquait d'une escarre importante; la malade, pour éviter les terribles douleurs des moindres déplacements, préférant baigner dans ses déjections et ne pas demander le bassin. A ce moment de cette évolution si malheureuse, je me posai la question de l'arthrotomie et de la résection de la tête.

Mais l'escarre et la lymphangite étendue, le jeune âge de la malade, la crainte, en cas de résultat imparfait, d'en voir incriminer un traitement chirurgical peu usuel, m'en détournèrent. Je fis remplacer l'appareil plâtré par l'extension continue, à laquelle je regrettai de n'avoir pas eu recours d'emblée. Elle apporta, en effet, un grand soulagement à cette pauvre malade, qui ne dormait une heure qu'avec de la morphine et qui était la plus malheureuse des malades de la salle. L'extension ne corrigea en rien la luxation pathologique. Fallait-il réduire celle-ci et maintenir par l'adduction ? mais en cas d'ankylose, quelle affreuse attitude ? Je n'avais plus qu'à espérer une fixation solide et en bonne position. Les douleurs ayant cessé, un nouvel appareil plâtré fut mis en place. Quand la radiographie nous montra la récalcification, le plâtre fut enlevé; la malade, chaque jour exercée à la marche, put, le 6 juillet, quitter le service, marchant assez convenablement grâce à ses talons de chaussures fort inégaux. Mais après quelle grave maladie, quel dégât articulaire, quel préjudice esthétique et fonctionnel !

Observation 2 : H. MONDOR. — *Les Arthrites Gonococciques, Paris, 1928.*

Elise L..., âgée de 28 ans, vendeuse, jusque-là bien portante, est prise le 14 avril 1926 de douleurs vives dans le bas-ventre, des deux côtés; pas de vomissements, pas de nausées, pas de troubles intestinaux; en revanche, pertes vaginales abondantes, mictions douloureuses et sanglantes à la fois : la malade trouve l'explication de ces accidents dans des rapports récents. Le 15 août, une brusque douleur étendue à tout le bras gauche, surtout marquée à l'épaule; le lendemain, cette douleur n'existe plus; en revanche, les douleurs pelviennes sont très pénibles. Le 17 août, douleurs dans la jambe droite (la malade n'en peut préciser le siège). Le 18 août, violentes douleurs dans le genou et surtout dans la hanche droite. La malade essaie en vain de se lever. Le 20 août, la malade entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur Vidal, où l'on porte aussitôt le diagnostic d'arthrite gonococcique et où l'on institue un traitement immédiat par vaccin, sérum, abcès de fixation. Pendant deux mois, la température est entre 38° et 40°. Les douleurs au niveau de la hanche sont atroces, le gonflement y est longtemps énorme; les douleurs et le gonflement du genou sont moindres. Après des phénomènes aigus graves et plus de dix semaines, une amélioration survient : le massage léger, quelques essais de mobilisation amènent le retour de quelques mouvements au niveau du genou et de la hanche. Mais, dans le mois d'octobre, la malade croit remarquer que son membre inférieur droit est plus court; en effet, l'examen et la radiographie vont montrer une luxation pathologique de la hanche. La malade nous est adressée le 17 décembre. Son état général est bon; la température est normale, mais le membre inférieur droit est en piteuse condition : amyotrophie considérable,

ascension trochantérienne manifeste, cuisse fixée en extension et adduction, genou ankylosé à demi, pied en équinisme, raccourcissement de 3^{cm}.

On met ce membre en extension continue avec redressement du pied.

L'examen de la radiographie montre :

La décalcification de l'extrémité supérieure du fémur;

La destruction du tiers supérieur de la tête fémorale;

L'agrandissement en hauteur de la cavité cotyloïde, surtout l'ascension de la tête dans ce cotyle, dont le toit semble refoulé par la tête, qui elle-même semble réséquée peu à peu par le rebord supérieur du cotyle.

Ascension de 3^{cm} environ.

Là où tête et cotyle s'affrontent encore, leurs bords sont mâchés, irréguliers.

Observation 3 : H. MONDOR. — *Id.* (voir p. 61).

Observation 4 : H. MONDOR. — *Id.*

M^{me} B..., entre à Beaujon le 7 janvier 1927, salle Vulpian (service de M. le D^r Soulioux), pour des douleurs abdominales avec température à 39°.

Le 21 septembre 1926, la malade a fait une fausse couche de trois semaines.

Le 22 septembre, on lui a fait, chez elle, un curetage.

Le lendemain, 23 septembre, pour changer de lit, elle pose le pied à terre et ressent tout à coup une douleur dans le genou et la hanche gauches.

Vingt-quatre heures après, la température est à 39°; on ne trouve rien d'anormal du côté de l'utérus, et, comme la jambe est douloureuse et un peu enflée, on dit « phlébite » et l'on immobilise immédiatement le membre inférieur gauche dans une gouttière.

La souffrance n'en fut pas calmée; elle persistait, au contraire, dans la cuisse, le genou, le pied; l'enflure portait surtout à la face antérieure de la racine de la cuisse.

La température persistait élevée, et il semble qu'on ait pensé à une septicémie pour laquelle on aurait fait un abcès de fixation, de la septicémie intraveineuse et du sulfarsénol intraveineux.

L'immobilisation fut continuée ainsi pendant 48 jours, jusque vers le 15 novembre.

La malade se rappelle fort bien que, vers le *vingtième jour*, elle ressentit une douleur violente dans la partie haute de la cuisse (elle indique actuellement la région de son grand trochanter), et, dit-elle, « la souffrance tournait en arrière », vers la fosse iliaque externe.

Cette douleur s'exacerbaît par crises, n'a jamais complètement cessé et, maintenant que le syndrome abdominal aigu pour lequel elle entra à l'hôpital et qui ne dura que quarante-huit heures s'est atténué, c'est sur cette douleur articulaire que la malade pense à attirer l'attention.

Au bout de 48 jours d'immobilisation, on enlève la gouttière et l'on commence les massages et les douches d'air chaud; l'articulation de la hanche, celle du genou, sont raides; les essais de marche sont très pénibles et les douleurs persistent : on parle de rhumatisme, qu'on tente de calmer en cinq ou six jours de traitement salicylé.

Au début de décembre, une congestion pulmonaire dut faire interrompre les massages de la jambe. On les reprit vers le 20 décembre, et le genou commençait à plier, la malade allait essayer de marcher quand elle fut prise brusquement de coliques abdominales avec réélévation de la température, ce qui l'amena d'urgence à Beaujon.

Le raccourcissement de la jambe, qui avait été constaté un jour que la malade s'était mise debout, n'avait inquiété personne, le médecin ayant promis que tout rentrerait dans l'ordre avec la marche.

Actuellement, à l'examen, 16 janvier 1927 :

La cuisse est élargie, épaissie, non douloureuse à la palpation des masses musculaires; cet épaississement ne dépasse pas le genou;

La peau est de coloration normale;

On ne sent pas de cordon veineux le long de la saphène interne; pas de ganglions inguinaux.

Toute la partie inférieure du fémur semble épaissie par rapport au côté droit.

On ne constate nulle part de point douloureux osseux. Le grand trochanter est remonté, la mensuration révèle un raccourcissement de la cuisse de 3^{cm} environ.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont à peu près nuls et douloureux.

Au genou : extension complète, flexion de 30°, pas de mouvements de latéralité.

Examen des organes génitaux et urinaires :

Le toucher vaginal n'a rien révélé d'anormal. La malade n'accuse pas de pertes blanches abondantes, sauf un peu de leucorrhée les jours qui précèdent les règles.

Pas de phénomènes de cystite.

Jamais de douleurs abdominales.

A eu deux enfants dans de bonnes conditions et bien portants.

Au premier examen bactériologique des sécrétions vaginales, la découverte de gonocoques a été faite. Un deuxième examen de vérification a montré des gonocoques abondants.

L'examen de la radiographie nous a montré un élargissement considérable de la cavité acétabulaire, une destruction presque complète de la tête, une ascension trochanterienne de 3 à 4^{cm}.

Il s'agissait donc encore une fois d'une luxation pathologique de la hanche par arthrite aiguë, sans doute gonococcique; et comme les choses se passent si souvent, le diagnostic porté avait été celui de phlébite.

Observation 5: ARNING et MEYER DELINS. — *Arch. f. Dermal. u. Syphil.*, t. 108, 1911, p. 3.

Homme 30 ans, a contracté une blennorrhagie en 1901 et la syphilis en 1905.

En 1908, nouvelle blennorrhagie avec douleurs du dos et des hanches qui augmentent de nouveau en 1909 à l'occasion d'une reprise de l'écoulement.

A chaque poussée articulaire on observe une balanite circonscrite.

Observation 6 : — *Id.*

Homme 23 ans, a contracté une blennorrhagie le 8 juillet 1909; dès le 20 juillet, crises douloureuses au niveau des deux hanches, de l'épaule droite, du genou droit, des pieds. Les phénomènes cutanés n'apparurent qu'en août, le malade dut rester à l'hôpital jusqu'en décembre à cause de la raideur marquée de ses articulations.

Observation 7: — *Id.*

Homme 51 ans, a présenté en 1881 à l'occasion de sa première blennorrhagie une hydarthrose du genou. Depuis lors, il a eu de nombreuses récurrences accompagnées d'arthrites des pieds, ayant peu à peu évolué comme un rhumatisme déformant.

En mars 1907, nouvelle blennorrhagie, douleurs très vives dans la hanche gauche, puis dans les articulations du pied. Le pus urétral contient du gonocoque, la température est subfébrile.

Peu à peu la hanche gauche est envahie également ainsi que les deux épaules, le genou droit.

En 1910, nouvelle poussée de rhumatisme blennorragique de l'épaule gauche et surtout de la hanche gauche qui est très douloureuse.

Chacune de ces poussées s'accompagnait des phénomènes cutanés sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Observation 8 : ARNOLD et HOLZEL. — *Munch. Med. Wochen.*, 1914.

Femme de 18 ans. Coxite blennorragique chronique soignée par les injections d'arthigon. L'auteur ne mentionne pas les résultats thérapeutiques.

Observation 9 : — *Id.*

Femme de 22 ans. Coxite gonococcique aiguë soignée par l'arthigon. L'auteur ne fait pas mention des résultats de cette thérapeutique.

Observation 10 : ASSEMAT. — *Thèse de Paris*, 1923.

Service du D^r Florand.

B..., Mélanie, 25 ans, pâtissière, demeurant 40, rue Labrouste. Entrée le 3 mai 1922 pour arthrite coxo-fémorale gauche très douloureuse avec immobilisation. (La malade a été apportée sur un brancard, par suite d'impotence fonctionnelle complète.)

Histoire de la maladie. — La malade souffre de pertes jaunâtres et de troubles urinaires depuis la fin du mois de mars. Le 23 avril, elle est saisie de douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche qui augmentèrent les jours suivants et qui l'immobilisèrent complètement au lit.

État actuel. — La malade souffre d'élancements douloureux dans la hanche gauche. Les mouvements actifs et passifs sont impossibles à cause des douleurs très aiguës au moindre toucher. Sommeil interrompu, appétit nul.

Traitement. — Le 3 mai on fait une première injection de 18^{cm} de sérum Stérian.

4 mai : les douleurs sont calmées. Malgré un sommeil agité à la suite de la première piqûre de sérum, la malade se sent mieux.

5 mai : deuxième piqûre de 15^{cm}.

7 mai : douleurs presque disparues. La malade tolère des mouvements de flexion de la hanche sur le bassin.

Les pertes jaunâtres se sont modifiées en une sécrétion glaireuse, blanchâtre, grande diminution quantitative. Retour de l'appétit.

8 mai : troisième piqûre de 22^{cm}.

9 mai : la malade peut descendre de son lit et marcher.

10 mai : les pertes ont beaucoup diminué.

15 mai : exeat complètement guérie de son arthrite.

La malade garde encore un peu d'humidité vaginale.

Observation 11 : BAISLE. — *Thèse de Paris*, 1887-1888.

Françoise..., âgée de 30 ans, cuisinière, entrée le 1^{er} juillet 1886.

A. H. nuls.

A. P. de 16 à 25 ans, céphalalgies fréquentes et dyspepsie.

Deux fausses couches, la dernière il y a 5 ans.

Le genou gauche a commencé à être douloureux et la malade éprouvait de la difficulté à le mouvoir; à cette époque, elle avait des pertes blanches abondantes et la miction était douloureuse. Après son entrée à l'hôpital, la douleur a envahi l'articulation de la hanche. Compression et extension continue. Gonflement du genou gauche, pertes blanches et sensation de brûlure en urinant.

En 1887, on essaye de mobiliser l'articulation par des mouvements forcés.

En janvier 1888, on peut amener la jambe à angle droit sur la cuisse, mais cette manœuvre provoque une grande douleur.

En juin 1888, la malade est toujours au lit; elle ne peut marcher qu'avec des béquilles en appuyant légèrement le pied gauche à terre. Le genou gauche est volumineux.

craquements à la flexion et à l'extension. En somme, ankylose fibreuse incomplète et la guérison complète sera bien difficile à obtenir.

Observation 12 : BARAL. — *Thèse de Paris*, 1884-1885.

Jeune femme de 22 ans : au cours du 5^e mois de l'allaitement, l'enfant meurt. Les règles suspendues réapparaissent : immédiatement douleurs très vives dans la hanche qui obligent la malade à s'aliter. Peu après prise des deux tibio-tarsiennes qui sont à l'entrée gonflées, rouges, douloureuses.

Le salicylate n'améliore pas les arthrites qui ne disparaissent qu'à l'occasion des règles suivantes.

Observation 13 : BAUMLER. — *Deutsche Zeits.f. Nervenheilk*, 1898, t. 12, p. 177 (voir p. 76).

Observation 14 : LOUIS BAZY in FELGEYROLLES. — *Thèse de Paris*, 1912-1913.

Jeune femme de 22 ans que je trouvais à Necker, en novembre 1907 au moment où je pris mes fonctions d'interne chez mon regretté maître le Professeur P. Berger. Je ne puis dire quels avaient été les symptômes qui avaient caractérisé le début de cette affection, puisque cette malade était en traitement depuis près de 3 mois dans le service, lorsque je fus appelé à la soigner moi-même. Mais l'aspect de la lésion à ce moment ne pouvait laisser aucun doute sur sa nature. Outre la notion des pertes blanches contenant des gonocoques comme le montrait l'examen bactériologique des sécrétions, on pouvait déceler tous les symptômes d'une arthrite de la hanche. Douleurs spontanées, moins vives le jour que la nuit lorsque cessait la contracture de vigilance. Douleur à la pression en explorant l'articulation surtout en dedans, au niveau de l'attache des *adducteurs*. Douleurs à la hanche lorsqu'on percutait soit le genou, soit la plante du pied. Contracture très marquée, rendant impossible toute tentative de mobilisation de l'article. Corde des *adducteurs* faisant relief sous la peau, lorsqu'on essayait de provoquer l'abduction de la cuisse. Enfin, atrophie musculaire. L'existence de fièvre, l'absence d'empatement périarticulaire et surtout de ganglions, le bon état général enfin, avaient permis à M. le Professeur Berger d'éliminer complètement l'hypothèse d'une arthrite tuberculeuse pour porter le diagnostic d'arthrite blennorragique.

Le traitement que M. Berger avait institué consistait d'abord dans le traitement local de la blennorragie et dans l'application d'un appareil à extension, surtout pour éviter les crises douloureuses qui se produisaient surtout la nuit et qui étaient absolument intolérables.

J'ajoute, et ceci pour confirmer encore le diagnostic d'arthrite blennorragique, que tous les traitements antirhumatismaux : aspirine, salicylate de soude en ingestion, salicylate de méthyle en applications locales, étaient restés absolument impuissants.

D'autre part, la malade *était enceinte de 6 mois* et l'état de sa hanche nous inspirait des inquiétudes au sujet de son accouchement.

C'est alors que M. Dominici fit des applications du radium pendant novembre et décembre.

Dès la première application à la partie externe de l'article qui dura 1½ heures : diminution de la douleur et atténuation de la contracture.

En moins d'une semaine, après la troisième des 12 applications, l'articulation commençait à être nettement mobile. On interrompt alors les applications pendant une huitaine de jours et il se produit à ce moment une reprise des phénomènes morbides sans que la douleur et la contracture atteignent le degré d'intensité précédant le traitement par le radium.

Celui-ci est institué à nouveau. Ce qui détermine une nouvelle atténuation des

symptômes à la suite de laquelle il est possible d'obtenir de légers mouvements de rotation de la cuisse sur son axe.

Petit à petit, les mouvements réapparurent et la malade pouvait être considérée comme guérie lorsqu'elle quitta le service pendant le mois de décembre pour aller terminer sa grossesse à l'hôpital Baudelocque.

J'ai su que cette femme avait heureusement accouché et que son accouchement s'était passé sans le moindre incident et sans que la lésion articulaire de la hanche eût amené une gêne quelconque.

Observation 15 : BENASSON. — *Thèse de Paris*, 1911-1912.

J..., Marie, 30 ans, cuisinière, entre le 16 janvier 1911, salle Sainte-Madeleine, pour ankylose de la hanche gauche consécutive à un rhumatisme blennorrhagique.

Il y a 5 mois, la malade a été réveillée par une douleur violente au niveau de la hanche gauche, avec impossibilité presque absolue de se servir de son membre. Cependant, les douleurs se calmèrent assez rapidement, et elle put le lendemain se lever et vaquer à ses occupations. Mais le soir les douleurs réapparurent et obligèrent la malade à s'aliter. Ces douleurs étaient continues, mais exacerbées par les mouvements; elles étaient localisées uniquement à la hanche gauche, sans qu'il y eût de gonflement appréciable, ni de modification des téguments à ce niveau. L'impotence fonctionnelle était absolue. La température était élevée, 38° 5 à 39°, avec état nauséux marqué. A ce moment, la malade présentait quelques pertes blanches, dans lesquelles l'examen microscopique fit découvrir des gonocoques.

Chez elle, la malade fut soumise au traitement salicylé à plusieurs reprises, sans qu'il se produise aucune amélioration des douleurs, ni abaissement de la température; bien au contraire, puisque le 3 septembre les douleurs s'exagèrent au point d'arracher des cris à la malade au moindre mouvement, avec une température de 39°. On mit alors la malade dans une gouttière qu'on lui laissa 20 jours, pendant lesquels la température décrivit des oscillations marquées allant de 37° 5 à 39° et plus.

La gouttière enlevée, on recourut à l'application de cataplasmes recouverts de boues radioactives, qui calmèrent légèrement les douleurs durant leur application, mais d'une façon extrêmement passagère. La température est un peu moins élevée, mais se maintient toujours aux environs de 38°. Ces applications de boues sont abandonnées au commencement de novembre.

Pendant tout le mois de décembre, l'état reste sensiblement le même; la fièvre persiste, quoique moins élevée, ne dépassant pas 37° 9, mais les douleurs subsistent. La malade est dans l'impossibilité de se servir de son membre qui est fortement ankylosé.

La malade entre alors dans le service du Dr Petit le 16 janvier 1911.

A ce moment, l'état général est meilleur; la température a une tendance marquée à descendre à 37° et ne s'élève plus que de quelques dixièmes de degré au-dessus, mais l'impotence du membre est absolue.

L'examen complet de la malade ne décèle rien d'anormal ni du côté du cœur, ni du côté des poumons. D'autre part, au point de vue des antécédents héréditaires et personnels, il n'y a rien à signaler qui présente quelque importance au point de vue de l'état actuel.

A l'examen local, on constate une ankylose considérable de la hanche gauche. Le membre est maintenu en adduction forcée qui rend la marche à peu près impossible. L'articulation est d'ailleurs presque fixée dans cette position, les mouvements d'adduction étant impossibles et ceux de flexion très limités. Cette impotence fonctionnelle du membre est tout aussi marquée dans les mouvements provoqués que dans les mouvements volontaires.

Les douleurs sont beaucoup moins marquées, mais persistent cependant d'une façon très nette au niveau de la partie moyenne de l'arcade crurale, au niveau du grand trochanter; elles s'exagèrent considérablement dans la station debout.

C'est dans ces conditions que nous avons institué le traitement thyroïdien, nous avons fait prendre à la malade deux tablettes de thyroïdine par jour, et nous avons continué la médication pendant 12 jours en ayant soin de surveiller attentivement la malade; nous n'avons observé aucun phénomène et en particulier ni palpitations ni tachycardie qui, pendant cette période, put nous obliger à l'interrompre.

Du côté de sa hanche, la malade, à la suite de cette médication, éprouve, au bout de ces 12 jours, une amélioration notable au point de vue douleurs, mais les mouvements restent aussi limités qu'auparavant, réveillent toujours la douleur, et la marche est à peu près impossible.

Après un repos de 12 jours, nous avons alors soumis la malade à une deuxième période de traitement dans les mêmes conditions. Mais au 9^e jour, elle présente des phénomènes de tachycardie et des palpitations assez pénibles avec état nauséux marqué, qui nous font interrompre immédiatement le traitement.

Signalons en outre qu'à cette époque elle présente une poussée thermique à 39° d'une durée de 24 heures qui ne s'est accompagnée d'aucun phénomène douloureux ou autre du côté de sa hanche.

Nous recommandons le repos à la malade; mais au bout d'une semaine environ, les douleurs ayant complètement disparu et la malade nous disant qu'elle effectuait plus librement ses mouvements de la hanche, nous l'autorisons à se lever et à marcher; tous les phénomènes d'intolérance ayant d'ailleurs disparu très rapidement.

La station debout est plus facile, la marche certainement plus aisée, bien que la fatigue arrive avec une extrême rapidité. A l'examen de la hanche, on constate que si les mouvements, en particulier ceux d'abduction, ne sont plus qu'à peine douloureux, l'ankylose reste néanmoins très marquée.

Après un repos de 3 semaines, nous essayons une troisième série de 12 jours de traitement thyroïdien dans les mêmes conditions, qui s'effectue sans aucun incident.

A la suite de cette troisième série thyroïdienne, l'amélioration du côté du membre s'est nettement affirmée: la malade marche assez bien et peut rester assez longtemps debout sans fatigue: les douleurs n'existent plus, mais l'ankylose reste cependant assez marquée; la mobilité de la hanche est encore très limitée et la cuisse est toujours maintenue en une abduction très nette, bien que moins accentuée et surtout moins gênante pour la marche.

Il nous a été malheureusement impossible de suivre de façon plus longue le cas que nous venons de résumer, l'absence de fièvre et de poussée aiguë durant un mois et demi, la cessation des douleurs, la mobilité nettement plus marquée du membre, nous laissaient espérer, sinon une guérison complète, du moins une amélioration beaucoup plus grande que celle constatée au moment où le traitement a dû être interrompu, par suite du départ de la malade.

Observation 16 : BENDA. — *Arch. f. Gyn.*, 1926.

Femme 42 ans. Primipare, qui, au cours de l'accouchement, présenta des phénomènes de dystocie très marquée par diminution du diamètre transversal du détroit supérieur qui est réduit à 6^{cm} par suite de la déhiscence pelvienne du cotyle. La cause en était probablement une arthrite torpide de la hanche survenue pendant l'enfance, dont l'étiologie demeura inconnue. On sait que, dans ces cas, il faut toujours penser à la possibilité d'une arthrite due au gonocoque.

Observation 17 : BENSON (H.-A.). — *J. of. Am. Med. Ass.*, 25 mai 1918, p. 1524 (voir p. 71).

Observation 18 : BOINET. — *Congrès des Médecins aliénistes de France*, 1899 (voir p. 71).

Observation 19 : BONNET. — *Traité des maladies des articulations*, 1845.

Une femme de 30 ans commença à éprouver de *vives douleurs* dans la hanche, dans le cours du quatrième mois de sa grossesse. Après 3 mois de maladie, la cuisse se luxa. La malade accoucha 2 mois après cette luxation. Un mois plus tard, elle entra dans mon service. On peut se faire une idée de la position de cette malade par le dessin 7 de la planche VII qui a été fait d'après elle (voir l'*Atlas*) A l'étendue du raccourcissement, à l'adduction et aux autres symptômes du déplacement du fémur, se joignait un signe non douteux, la possibilité de sentir distinctement la tête du fémur au-dessous du grand fessier.

Comme cette luxation ne datait que de 3 mois, qu'elle ne coexistait avec aucun abcès et que la sensation que faisait éprouver la tête du fémur laissait espérer qu'elle avait conservé son volume, je crus devoir tenter la réduction.

J'opérai exactement comme s'il se fut agi d'une luxation traumatique...

Le membre malade qui était plus court de 9 à 10^{cm} que celui du côté sain, reprit la même longueur que ce dernier, la tête du fémur cessa de se faire sentir au-dessous du grand fessier, etc.

Cependant, la faiblesse extrême de la malade, la fièvre continue qu'elle éprouvait, et surtout *les escarres étendues* qu'elle portait au sacrum et qui l'obligeaient souvent de changer de place, m'empêchèrent de l'immobiliser dans mon grand appareil et de la soumettre à l'extension continue. La luxation se reproduisit 3 jours après la réduction, les douleurs revinrent avec leur intensité première, et la malade succomba trois semaines plus tard.

A l'autopsie nous trouvâmes la cavité cotyloïde remplie de suppuration sans traces de fongosité. Tous ses cartilages étaient absorbés, ainsi que ceux de la tête du fémur, qui étaient en partie détruits. Cette tête était placée sur l'os des îles, au-dessus du bourrelet cotyloïdien, elle baignait également dans la suppuration; le fibro-cartilage et le rebord osseux de la cavité cotyloïde étaient ulcérés en haut et en dehors. Cette cavité était du reste assez bien conservée; il n'y avait pas de production de tissu fibreux ou lardacé dans les parties molles, la réduction s'opérait avec la plus grande facilité. Nous avions affaire simplement à l'un de ces abcès, suite de couches, dont nous avons traité à l'article consacré au rhumatisme puerpéral.

Ici encore il s'agit de rhumatisme puerpéral, les altérations sont plus profondes que dans le cas précédent.

Mais ce qui nous a surtout frappé, c'est la facilité avec laquelle se fait la réduction de cette luxation datant de 3 mois et aussi c'est la rapidité avec laquelle se reproduit le déplacement, le membre ne pouvant être immobilisé dans une bonne position.

Observation 20 : BRANDÈS. — *Archives générales de médecine*, septembre 1854.

C. S..., charpentier, Allemand, âgé de 28 ans, entra le 25 octobre 1847. Il souffrait depuis 15 jours d'une blennorrhagie. Une première fois, en 1843, un écoulement avait été suivi de rhumatisme des genoux, puis des pieds, avec ophtalmie.

En 1845, nouvelle blennorrhagie, il fut de nouveau atteint de rhumatisme qui persista pendant 6 mois, affectant surtout la hanche gauche. Quand cette affection fut complètement guérie, il jouit de nouveau d'une bonne santé jusqu'au commencement d'octobre 1847, époque à laquelle il eut un nouvel écoulement. Il n'était à l'hôpital que depuis 4 jours, et déjà il recommençait à se plaindre de douleurs dans la jambe gauche; celles-ci montaient vers le rein et empêchaient les mouvements des membres

inférieurs; du reste, il n'y avait pas de fièvre, la peau était seulement un peu moite. On applique 10 ventouses scarifiées sur les hanches, et elles sont répétées le jour suivant, mais comme les douleurs ne diminuent pas, un vésicatoire est appliqué, le 2 novembre, sur la partie affectée; les douleurs diminuent dans les premiers jours, mais bientôt elles augmentent de nouveau, la pression derrière le grand trochanter du côté gauche est très douloureuse, la hanche se tuméfie et la douleur s'étend jusqu'aux orteils; des cataplasmes émollients ne la diminuent pas. Alors pilules de sublimé. Dans le commencement de cette cure, l'état restait presque le même et des ventouses qui, deux fois, furent appliquées, ne diminuèrent pas la douleur. Au milieu du mois de septembre, deux moxas furent appliqués à l'articulation de la hanche, et après cela, les douleurs diminuèrent jusqu'au point que C. S... n'accusait, dans le commencement de janvier 1848 qu'un peu de faiblesse dans le membre inférieur pendant la marche.

Le 8 février, il quittait l'hôpital guéri.

Observation 21 : — *Id.*

P. C. N... fut, en 1840, sans jamais auparavant avoir souffert de rhumatisme, affecté d'une blennorrhagie. Pendant son cours, apparut une *ophtalmie*, puis un rhumatisme qui, pendant deux ans, tourmenta le malade, résistant à tout médicament. Ce rhumatisme eut d'abord son siège dans l'épaule, puis dans d'autres articulations, et surtout dans la *hanche droite*. La maladie cessa par l'usage des bains de mer. Pendant 5 ans, C. M... fut en parfaite santé, n'ayant pas de rhumatisme. Mais en octobre 1846, il contractait un nouvel écoulement et, 15 jours après, le rhumatisme apparaissait, occupant surtout la hanche gauche. Pendant un an le malade en souffrit au point qu'il dut rester presque tout ce temps dans les hôpitaux.

Observation 22 : — *Id.*

F. V... entra dans l'hôpital commun le 5 septembre 1843. Il avait alors depuis 8 jours une blennorrhagie et depuis 7 jours, une ophtalmie des deux yeux et une douleur dans l'épaule gauche. Le rhumatisme affecte plusieurs articulations, l'ophtalmie revient beaucoup plus grave; l'iris est atteint, etc. Il quitte l'hôpital le 29 avril 1844.

Il resta 2 ans et demi sans avoir de rhumatisme.

En octobre 1846, il contracte une nouvelle blennorrhagie; après 5 jours, l'ophtalmie apparaît, et après 8 jours le rhumatisme qui avait son siège principal dans la *hanche droite*. L'ophtalmie est guérie au bout de 3 semaines; le rhumatisme atteint plusieurs articulations et forme hydarthrose dans le genou droit. Le 1^{er} février 1847 l'ophtalmie revient plus grave. Le rhumatisme cède pendant cet intervalle, et le 1^{er} mai il quitte l'hôpital.

Observation 23 : BRAUER. — *Munch. Med. Wochen.*, 1902 (voir p. 76).

Observation 24 : BREMSOHN. — *Munch. Med. Wochen.*, 1922 (voir p. 76).

Observation 25 : BRODHURST. — *Russel Reynold System of Med.*, 1866.

Homme qui, à chaque nouvelle blennorrhagie, faisait de nouvelles localisations articulaires et dont la première crise avait laissé entre autres une ankylose totale des deux articulations coxo-fémorales.

Observation 26 : BUHRIG. — *Deutsche Klinik*, 1850, p. 38 (voir p. 50).

Observation 27 : BURCKARDT. — *Charite Annalen*, 1894, p. 246.

Jeune fille de 15 ans, atteinte de blennorrhagie uro-génitale compliquée de conjonctivite et de kératite de même nature. Il existait des signes d'infection généralisée avec localisations articulaires à la cheville gauche et à la hanche droite.

Observation 28 : CHADWICK. — *Boston med. and Surg. Journal*, 1895, p. 337.

Quand le malade entra à l'hôpital, il souffrait d'une arthrite de la hanche depuis 7 semaines, après une blennorragie ayant débuté 2 semaines plus tôt, — il y a deux ans ce malade avait déjà présenté, à l'occasion d'une uréthrite gonococcique un épisode douloureux de la même hanche.

L'hémoculture montra deux sortes de colonies dont les unes, blanchâtres, sont formées de diplocoques, malheureusement le pus urétral ne fut pas cultivé.

Observation 29 : CHAPPLAIN, de Marseille. — *Bull. de Soc. de Chir.*, 1874 (voir p. 51).

Observation 30 : CHARTERIS. — *British Med. Journ.*, 1876, p. 1711.

Homme de 30 ans atteint depuis 2 ans d'un écoulement blennorragique qui reparait à l'occasion du moindre excès. Un jour, douleur violente dans l'articulation coxo-fémorale. Il lui semblait qu'on lui ouvrait violemment l'articulation avec une barre de fer chauffée au rouge. La douleur augmenta pendant 15 jours, puis on commença à sentir de la fluctuation. Huit jours après, elle était si nette qu'on ne pouvait conserver de doute sur l'existence d'un large abcès. On l'ouvrit, il s'en échappa deux pintes de pus grisâtre.

Observation 31 : CHEVALIER. — *Thèse de Paris*, 1875.

Homme de 25 ans, 8 jours après le début d'une uréthrite blennorragique, rhumatisme de la hanche droite, puis de plusieurs articulations. Guérison après 2 mois et demi.

Observation 32 : — *Id.*

Malade ayant présenté une arthrite de la hanche droite, puis du genou gauche, 15 jours après le début d'une uréthrite. Le début avait été polyarticulaire. La guérison survint après 10 mois.

Observation 33 : — *Id.*

Homme 38 ans, un mois après une troisième uréthrite blennorragique, arthrites des deux coxo-fémorales, des deux genoux, des deux tibio tarsiennes, des deux poignets, des deux coudes. Traitement par le repos et les badigeonnages iodés.

Observation 34 : CHIARI. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, t. 102, 1916, p. 318 (voir p. 124).

Observation 35 : CHIARI. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, t. 102, 1916, p. 318 (voir p. 124).

Observation 36 : CORBUS. — *J. Am. Med. Ass.*, 1914.

Polyarthrite aiguë avec localisation coxo-fémorale chez un homme atteint d'uréthrite gonococcique avec présence de gonocoques dans le pus urétral.

Il fut complètement guéri en trois semaines par le sérum antigonococcique.

Observation 37 : COULSON. — *Affections de la hanche*, Londres, 1837.

La gonorrhée, également maladie de la sécrétion, peut donner lieu à une affection de la hanche.

Un monsieur, en prenant du copahu pour la guérison de sa gonorrhée, vit l'écoulement urétral s'interrompre tout à coup, il fut saisi d'une sévère attaque de la synoviale de la hanche droite, dont il ne se remit pas pendant des années.

Observation 38 : CUQ, PAUL. — *Echo médical des Cévennes*, septembre 1903, p. 163.

J'ai vu pour ma part, et c'est un de mes mauvais souvenirs, un pauvre artilleur atteint d'arthrite du genou et de l'articulation coxo-fémorale avec atrophie et ankylose du membre inférieur droit. J'avais trouvé ce malade en cet état dans les salles militaires de l'hôpital où je prenais le service. Rien n'avait été négligé pour guérir le malade, et l'étiologie n'était pas douteuse. J'ai dû le proposer pour la réforme et n'ai pu obtenir pour lui qu'une réforme n° 2 sans la moindre gratification..., et ce pauvre diable a été rendu à la vie civile dans un état peu propre à gagner sa subsistance.

Observation 39 : DAVID. — *Thèse de Paris*, 1868.

Dans le service de M. Bourdon s'est présenté une femme. Peu de temps après ses couches, elle fut prise d'une arthrite coxo-fémorale très douloureuse dont la nature puerpérale me paraît incontestable.

Dans ce cas, on a employé avec succès l'opium, la poudre de Dower, tout en aidant cette médication générale par une médication locale antiphlogistique et résolutive. Cette malade a présenté un autre côté très intéressant; elle a été affectée successivement de plusieurs maladies, toutes sous la dépendance de la puerpéralité.

Agée de 20 ans, primipare, elle fut prise alors d'une *pelvipéritonite*, puis d'une bronchite qui se compliqua de pleurésie; ces affections disparurent bientôt pour céder la place à l'arthrite coxo-fémorale. A peine celle-ci était-elle guérie qu'il se développa une *phlegmatia alba dolens* sur la jambe du côté opposé où avait siégé l'arthrite.

Observation 40 : DEZANNEAU. — *Thèse de Paris*, 1895-1896.

Gaston, M..., 25 ans, ébéniste, entre à l'hôpital du Midi le 1^{er} mars 1896.

Blennorrhagie datant d'un mois et demi.

Rhumatisme datant d'un mois.

Les douleurs ont commencé par le cou-de-pied, puis le genou et finalement l'articulation coxo-fémorale fut prise. Les douleurs sont vives à la pression au niveau des interlignes articulaires.

Observation 41 : DOLBEAU. — *Leçons de clinique chirurgicale* (voir p. 110).

Observation 42 : DOMINICI et GY in FELGEYROLLES. — *Thèse de Paris*, 1912-1913.

Homme, début de la blennorrhagie le 5 février 1907. Apparition du rhumatisme le 20 février, avec arthrites du cou-de-pied, des genoux, des hanches.

Le traitement fut appliqué le 9 mars; le 10 mars, nouvelle poussée douloureuse à la hanche droite suivie d'une amélioration progressive. Le malade sort de l'hôpital le 25 mars.

Observation 43 : DUBOIS. — *Thèse de Paris*, 1879.

Maria Tr..., 33 ans, blanchisseuse, entrée le 3 novembre 1878, service de M. Pollaillon.

La malade s'est toujours bien portée dans son enfance, mais réglée à 18 ans, a été atteinte de chlorose dans les deux années qui ont précédé la formation. A 22 ans, enceinte; au troisième mois de sa grossesse a été prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a envahi plusieurs articulations, entre autres le genou et le coude droit pour se localiser ensuite à la hanche gauche. Cette arthrite, peu douloureuse, a duré pendant tout le temps de la grossesse, et il ne s'est manifesté aucune modification appréciable à l'époque de l'accouchement.

Peu à peu l'ankylose s'est formée et elle est devenue de plus en plus complète. Cette femme s'est levée au bout de 10 jours et depuis ce temps elle marche en boitant, sans éprouver néanmoins aucune gêne du côté de l'articulation ankylosée. Les déformations sont celles que l'on observe dans tous les cas de coxalgie rhumatismale hystérique ou scrofuleuse. Déformations du côté de la hanche et du côté de la colonne vertébrale, Le raccourcissement est seulement apparent.

Observation 44 : DUPLANT et PÉHU. — *Revue de médecine*, 1899, p. 910.

D. J..., 26 ans, cocher. Entré le 3 juin 1899, service de M. le Professeur Lépine, sorti le 13 juin 1899.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants à relater.

Jamais de maladie antérieure. Aucun signe de tuberculose. Pas d'attaque antérieure de rhumatisme.

Blennorrhagie à la fin de mars dernier. Écoulement urétral pendant 2 semaines. Injections de permanganate, santal. Au bout de 6 jours, orchite droite, puis gauche. Guéri de cette complication, a pu reprendre son travail.

Il y a 8 jours, après une besogne pénible, il ressentit brusquement pendant la nuit une douleur vive du côté gauche au niveau de la région inguinale. La marche a été difficile. A cessé immédiatement son travail.

A son entrée, faciès un peu pâle.

Écoulement tari, la pression des épидидymes est indolore, pas de modifications du canal déférent.

Au niveau de l'aîne gauche, le malade accuse de la douleur suivant le trajet même du pli inguinal sans irradiations abdominales ou crurales. Dans le triangle de Scarpa quelques ganglions hypertrophiés.

Le malade souffre quand on exerce une pression sur la région trochantérienne. Pas d'abaissement du pli fessier. Pas de point péronier. La recherche minutieuse des points douloureux de la névralgie sciatique est négative.

Les mouvements de la hanche se font avec quelque peine, l'abduction particulièrement. L'articulation sacro-iliaque paraît indemne; il en est de même de celle du genou.

Rien aux autres articulations.

La pression sur le méat ne fait sourdre aucun liquide : d'ailleurs, le malade dit que depuis 2 mois environ il n'a plus d'écoulement urétral.

Cœur, poumons, rien d'anormal.

On prescrit le repos au lit, la marche est d'ailleurs à peu près complètement impossible en raison des douleurs.

Pointes de feu sur la région articulaire.

6 juin : soulagé par la médication précédente.

13 juin : demande à quitter l'hôpital: marche maintenant possible et se fait presque sans douleurs. Les mouvements ont à peu près complètement repris leur amplitude normale.

Observation 45 : — *Id.* (voir p. 43).

Observation 46 : DUPONT. — *Thèse de Paris*, 1871.

Eugène D..., 23 ans, entre le 2 juillet 1871.

Première blennorrhagie au commencement de juin, arthrite de l'épaule.

Dix jours après, après rémission de celle-ci, tout à coup en travaillant, douleur profonde dans la hanche gauche n'empêchant pas cependant la marche.

Cinq jours après, genou.

Entre avec ces 3 articulations prises.

Observation 47 : ELTCHANINOFF. — *Thèse de Paris*, 1873.

Joseph P..., 16 ans. Parents non rhumatisants. Entré à l'hôpital avec douleur de l'articulation coxo-fémorale droite.

Rotation en dehors. Les premiers accidents se manifestent le 1^{er} février.

Légère coloration de la partie malade. Énorme gonflement de la racine du membre. Creux inguinal effacé, *l'artère fémorale bat superficiellement*. En arrière, effacement du creux entre l'ischion et le grand trochanter, ce qui donne une augmentation du diamètre antéro-postérieur.

Douleurs très vives de l'article quand on tente de mobiliser le membre. Genou droit douloureux.

Aucune modification de la racine du membre. Douleurs légères à l'épaule. Souffle doux au cœur au premier temps. Sueurs profuses, urines rares, fièvre, pouls : 130. Rougeur du méat urinaire.

On traite par ventouses scarifiées, emeto-carthartiques, immobilisation du pied. Les jours suivants, sulfate de quinine.

L'état ne s'améliore pas.

Le 14 : écoulement urétral. Le diagnostic est confirmé, c'est bien un rhumatisme gonococcique.

Le 15 : un abcès formé au niveau de l'épaule est ouvert.

Pus verdâtre et visqueux. L'état devient meilleur. Douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Incision : pus.

Le 20 : les parties qui environnent l'article coxo-fémoral s'affaissent, deviennent pâteuses et œdématisées en avant et en arrière.

On soupçonne une coxalgie suppurée. Diarrhée.

Le 28 : dyspnée. Pleurésie droite.

Le 6 mars : augmentation de l'empatement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Tuméfaction du pied. Fluctuation obscure.

Fièvre, pouls : 94. Léger écoulement de l'urèthre.

Le 9 : anémie profonde. Immobilisation de la jambe.

Le 10 : on constate nettement de la fluctuation au niveau de l'article coxo-fémoral. Incision de la partie externe de la racine du membre. Il s'écoule du pus, on draine.

Observation 48 : — *Id.*

Marie, 24 ans, entrée le 8 mai pour une hémorragie interne datant de quelques jours, accompagnée de douleurs abdominales assez intenses.

Le repos au lit, les applications froides sur le bas-ventre firent bientôt cesser cette perte.

C'est à ce moment que la malade accusa des douleurs assez vives dans plusieurs articulations, hanches, genoux, coudes, épaules.

Elles persistèrent 3 semaines. Il n'y eut pas durant cet intervalle le moindre gonflement, la plus faible rougeur. Cette femme n'a jamais eu de rhumatisme.

Vaginite purulente extrêmement intense. Pus dans l'urèthre.

Les douleurs articulaires ont disparu. Cependant, elles se montrent quelquefois, mais d'une façon tout à fait passagère.

La blennorrhagie persiste encore mais à un degré moindre.

Observation 49 : EYRE et STEWART. — *Lancet.*, 1909.

Polyarthrite avec localisation à la hanche ayant succédé à une troisième atteinte de blennorrhagie. La maladie dura 4 mois. Des injections de vaccin furent faites pendant 10 semaines (le résultat n'est pas mentionné).

Observation 50 : FILIPI. — *Thèse de Paris*, 1892-1893.

Homme 36 ans, a contracté une blennorragie, il y a 15 jours, et sur les conseils d'un camarade, se soigne par l'extrait de Saturne.

Trois jours après le début de ce traitement, appaurent des douleurs lancinantes à la hanche gauche qui le contraignent à s'aliter.

Trois jours plus tard, arthrite du cou-de-pied gauche, puis des deux genoux avec suppuration articulaire.

Une des articulations fut traitée par des injections de sublimé et guérit rapidement alors que les autres, traitées par les moyens ordinaires, furent seulement améliorées.

Observation 51 : FRANKEL. — *Charité Annalen*, 1886.

Homme de 20 ans. A la fin d'une uréthrite gonococcique contractée 8 jours auparavant et aisément guérie par les lavages, surviennent des douleurs articulaires, d'abord à la hanche, puis aux deux genoux; la plupart des autres articulations deviennent douloureuses tour à tour en particulier les coudes et la temporo-maxillaire; de même, on constate une atteinte des bourses séreuses du genou.

La fièvre était assez élevée pour qu'on ait pu croire devant la multiplicité des localisations articulaires, à un rhumatisme articulaire aigu. Mais bientôt les gaines tendineuses furent envahies à leur tour, et enfin un symptôme intéressant apparut, complication rare de la gonococcie : la sciatique avec ses signes caractéristiques, qui apparut alors que les signes coxo-fémoraux avaient presque entièrement rétrogradés.

Observation 52 : FULLER. — *New-York Med. J.*, 1908.

Homme, 22 ans. Rhumatisme gonococcique aigu des deux poignets, du genou droit et de la hanche gauche depuis un mois avec gros gonflement. Déjà, 3 ans auparavant, il avait présenté du rhumatisme après une blennorragie.

Trois jours après la sémino-vésiculotomie, toute évidence de phénomènes articulaires a disparu et après 4 semaines la guérison est complète, il ne subsiste qu'un peu de raideur du poignet droit.

Observation 53 : — *Id.*

Homme, 30 ans. Rhumatisme gonococcique datant de 8 ans avec raideur marquée du rachis, des deux genoux, des deux hanches, à marche progressive, ayant nécessité l'usage de béquilles depuis un an. Les vésicules séminales sont dures et scléreuses; on pratique leur ablation et l'on trouve des gonocoques dans leur contenu. Le rachis s'assouplit rapidement, et après 5 semaines, le malade marche seul sans souffrir; la raideur disparaît rapidement par le massage.

Observation 54 : — *Id.*

Homme, 22 ans. Rhumatisme gonococcique du membre inférieur gauche avec arthrite coxo-fémorale accompagnée de phénomènes aigus graves. Après 5 mois de séjour au lit, on fut amené à pratiquer une sémino-vésiculotomie à cause de complications locales graves. Sept semaines plus tard, toute trace de phénomènes articulaires a disparu à l'exception d'un peu de raideur que le massage et la marche supprimèrent.

Observation 55 : GOSSELIN. — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1879.

Le malade qui, depuis hier, occupe le n° 25, est atteint d'une affection dont l'étiologie est difficile à interpréter. Il est âgé de 27 ans. Son teint est rosé, mais sa peau est blanche,

les membres sont assez grêles; il a peu de barbe. Des cicatrices annoncent enfin qu'il s'est formé, à une époque éloignée, des abcès des ganglions du cou. Ce jeune homme pour sûr, est lymphatique ou scrofuleux. A-t-il des tubercules ? Ils ne sont pas apparents; mais il pourrait se faire qu'ils se développent par suite de son séjour à l'hôpital.

Ce jeune homme est au 30^e jour d'une blennorrhagie.

Son entrée à l'hôpital est motivée par l'explosion d'accidents autrement sérieux. Il souffre de douleurs atroces dans la hanche gauche. Le plus petit mouvement communiqué ou involontaire, lui arrache des cris. La souffrance interdit tout sommeil.

Le membre pelvien est dans une extension complète. Dans les affections articulaires de la hanche, la flexion de la cuisse sur le bassin est la règle. On remarque au moins, chez les malades, une certaine cambrure lombaire, une sorte d'ensellure. Ici, nous le répétons, l'extension est franche et absolue. Le membre malade paraît moins long. Ce raccourcissement, du reste, n'est qu'apparent. Il est dû à une inclinaison particulière du bassin. Ajoutons que le malade n'a pas de fièvre.

Quel nom précis assigner à cette maladie. Est-ce une arthrite idiopathique de la hanche ? Est-ce une ostéite du fémur ? Est-ce une coxalgie ? La région trochantérienne n'est pas douloureuse à la pression. Le début de la coxalgie ne s'annonce pas avec une telle violence. Une invasion si brusque marquée par de vives douleurs enfin, n'est pas le propre de l'arthrite fongueuse.

Un fait domine ici la scène pathologique : c'est le début de l'arthrite au 30^e jour de la blennorrhagie. Si l'on ajoute qu'il s'agit d'une arthrite solitaire, il y a tout lieu d'admettre la nature blennorrhagique de cette affection.

Il est vrai que la blennorrhagie peut produire l'arthrite multiple, mais c'est l'exception. Trois conditions, d'ailleurs, caractérisent classiquement les faits dont il s'agit : Le moment du développement de l'affection articulaire qui correspond au 20^e jour de la blennorrhagie, la violence extrême des douleurs, la localisation dans une seule articulation.

Cette question de diagnostic acquiert ici une grande importance. En effet, le pronostic de l'arthrite blennorrhagique est bien différent de celui de l'arthrite rhumatismale simple. Dans cette dernière maladie, la résolution est la règle et les malades recouvrent un peu plus tôt, un peu plus tard, l'usage *intégral* de leur membre.

Dans l'arthrite blennorrhagique monoarticulaire, au contraire, dix-neuf fois sur vingt peut-être, le malade reste porteur d'une ankylose plus ou moins complète.

Une particularité propre à l'articulation de la hanche, c'est la luxation spontanée qui se produit par le déplacement du fémur sur l'os iliaque par suite de l'organisation du liquide épanché.

Le Sauvage de Caen, et Parise de Lille ont très bien décrit la luxation spontanée du fémur; mais ce qu'ils n'ont pas assez dit, c'est que cette infirmité est surtout liée à la blennorrhagie qui constitue la cause pathogénique de ces épanchements articulaires abondants et à marche rapide.

Quelles ressources opposer à ce redoutable épiphénomène. Elles sont bien peu nombreuses. Le chirurgien n'a qu'un moyen vraiment curatif à lui opposer : *l'immobilisation*.

Lit mécanique, etc., ou gouttière de Bonnet.

Les appareils inamovibles rendraient de grands services, mais la difficulté c'est de les poser à cause des secousses infligées.

Observation 56 : GUINARD in BRÈS. — *Thèse de Paris*, 1897-1898.

M^{me} X..., âgée de 21 ans et demi se marie en parfait état de santé le 12 août 1895. Le 8 septembre, elle est prise de douleurs violentes dans la hanche gauche. Le mari a eu la blennorrhagie, il y a 3 ans, mais « n'a plus qu'une goutte de temps en temps, après les excès ». Le 4 octobre, un chirurgien met un appareil plâtré immobilisateur

du pied à la taille, et le laisse jusqu'au 22 novembre. Les douleurs cessent complètement dès l'immobilisation plâtrée; mais quand on enlève l'appareil, on s'aperçoit que le membre est fléchi et placé en forte abduction. La malade reste ainsi *absolument difforme pendant tout l'hiver*. Je la vois au mois de juin et je conseille le redressement forcé sous chloroforme.

3 juin : tentatives de redressement. Fracture du fémur au-dessous du grand trochanter.

Appareil à traction et 6 semaines d'extension.

Depuis, le membre est en rectitude parfaite, la malade boite de moins en moins et ne souffre plus.

Massages du genou, électrisation, traitement général ioduré.

Observation 57 : GRISEL. — *Revue d'Orthopédie*, 1910 (voir p. 93).

Observation 58 : M^{lle} GRUNSPAN et FAROY. — *Gazette des Hôpitaux*, 1910, p. 355.

G..., Olga, 26 ans, *vaginite gonococcique*. Le 15 octobre 1908, la malade est atteinte d'une arthrite du genou droit à forme arthralgique presque guérie à son entrée à l'Hôtel-Dieu le 2 novembre.

Elle présente à ce moment une forte arthralgie de la hanche gauche. La marche est impossible.

Devant l'inefficacité des traitements ordinaires (repos, révulsion) une première application d'air chaud est faite le 14 novembre.

Les douleurs sont améliorées dès cette première application.

Dès la deuxième, elles disparaissent; après quatre applications, le 23 novembre, la malade est guérie.

Observation 59 : HALIPRÉ. — *Normandie Méd.*, 1902.

Homme de 28 ans, qui, au cours de l'évolution d'une urétrite blennorragique, a présenté des complications articulaires d'une gravité particulière. Les douleurs furent d'abord localisées au genou gauche, puis envahirent la hanche avec une telle intensité, que tout mouvement devint impossible. La région de la hanche, très tuméfiée, est extrêmement douloureuse à la pression. Pendant plusieurs semaines, la température atteignit 39° et plus le soir, pour descendre à 38° le matin. Le séro-diagnostic au bacille d'Eberth resta négatif.

Les traitements les plus variés furent essayés, sans succès. Ce fut sans doute par une simple coïncidence que l'alcoolature d'aconit parut faire baisser la température; en même temps, la douleur s'atténua.

A cette période existe une ankylose presque complète de la hanche avec élévation de l'épine iliaque et raccourcissement apparent de 6^{cm}. Le raccourcissement réel atteint à peine 1^{cm}, 5. La radiographie du bassin montre que la tête fémorale du côté malade a perdu la netteté de ses contours. De plus, on peut constater, sur ce cliché, une sorte d'encoche profonde semblant diviser la tête en deux parties.

Ajoutons qu'au cours de ces complications articulaires, le malade présenta en outre une iritis blennorragique qui guérit sans séquelles.

Observation 60 : HAMANN. — *Cleveland Med. J.*, 1904.

M. S.... Ce jeune homme a eu une gonococcie 7 mois avant que je le voie. La hanche devint douloureuse, avec ankylose fibreuse en extension du membre. Il y avait peu ou pas de mobilité de l'articulation, mais il existait une sorte de rétraction et les muscles périarticulaires se contractaient dans l'essai de mobilisation de l'article.

Ceci prouvait que l'ankylose était de nature fibreuse. Sous anesthésie, la rupture des adhérences, nécessita de déployer une grande force. Traitement approprié persistant par le Dr Hain donne amélioration notable bien que je pense que la restauration parfaite de la fonction ne fut pas atteinte.

Observation 61 : — *Id.*

M. R. M..., 17 ans. En août 1903, gonococcie. Le mois d'août suivant, il s'alite avec un rhumatisme gonococcique qui atteint la hanche droite. Pas d'autre articulation prise. Il demeure avec la cuisse fortement en abduction et fléchie et occupait cette position constamment. En novembre, quand il se lève, impossibilité de marcher au début, mais en 4 semaines peut marcher sans canne.

Je le vois et l'opère au début de décembre 4 mois après le début de la gonococcie. C'est un fort gaillard, d'aspect bien portant. Rien d'anormal à signaler dans son examen sauf une urétrite persistante dans laquelle on découvre des gonocoques.

Obliquité marquée du bassin le côté droit plus bas, colonne lombaire incurvée à convexité droite. Cuisse fortement fléchie et abduction et le malade marche ainsi dans cette position. Fesse droite aplatie, le pli fessier est oblique. Base de la cuisse droite plus large que la gauche. Pas d'atrophie musculaire. La distance de l'épine sciatique A. S. à la pointe du condyle interne est de 13^{mm}, 5 à gauche de 20^{mm}. Le grand trochanter n'est pas au-dessous de la ligne de Nélaton (ceci n'est pas observé avant l'opération parce qu'à l'examen le trochanter était placé profondément et pas senti distinctement. Le pied est eversé.

On voit qu'il y avait toute évidence d'une *luxation obturatrice* et je considérais ce cas comme celui d'une luxation pathologique de la tête fémorale dans le trou obturateur.

Sous anesthésie, essais de réduction de la luxation supposée, mais impossibilité absolue d'obtenir le moindre mouvement du membre. Alors, incision latérale de la hanche, division des insertions musculaires jusqu'au grand trochanter, ouverture de la capsule articulaire, mise à nu de la tête fémorale. On trouve que la tête est soudée définitivement dans l'acétabulum, en d'autres termes : ankylose osseuse complète. Je sectionne le col fémoral tout près du trochanter, j'amène le membre en bonne position, par résection d'un coin osseux et je mets les fragments au contact. Membre immobilisé en extension. Fermeture par première intention. Plâtre au 17^e jour, puis sortie de l'hôpital, demeure plâtré 3 semaines; peut maintenant bien marcher avec une canne. La jambe étant étendue, je constate un léger raccourcissement. Ne l'ayant pas revu, je ne peux dire s'il y a mouvement dans la nouvelle articulation ou s'il y a union osseuse.

Observation 62 : — *Id.* (voir p. 184).

Observation 63 : — *Id.* (voir p. 185).

Observation 64 : HARSHA. — *Surg. Clinics of Chicago*, 1918, p. 314.

Homme de 23 ans. Blennorrhagie 5 mois auparavant. Trois semaines après l'écoulement, atteinte de l'épaule gauche bientôt suivie d'une arthrite sévère de la hanche droite. Peu de temps après, il y eut localisation à la hanche gauche.

La radiographie montrait un certain degré de destruction osseuse.

L'ankylose fut complète avec perte totale de la mobilité articulaire.

Observation 65 : — *Id.*

Autre cas où la destruction et le raccourcissement étaient deux fois plus considérables. Il s'agissait d'un jeune garçon du même âge à peu près. L'ankylose était fixée

en adduction et il n'y avait plus rien à tenter pour sauver la hanche. Il parut préférable de pratiquer une ostéotomie sous-trochantérienne avec reposition en abduction.

Actuellement la fonction du membre est excellente.

Observation 66 : HECKER. — *Arch. f. Gyn.*, 1881 (voir p. 121).

Observation 67 : HENSCHEN. — *Zeits. f. Orthop. Chir.*, 1913 (voir p. 122).

Observation 68 : HERBST. — *J. A. M. A.*, 1^{er} mai 1908, p. 1678.

Homme, 24 ans. Gonococcie dont le début remonte à 6 mois. Dès le deuxième mois, arthrites du genou droit, de la hanche, puis de la cheville gauche.

Il reçoit 3 injections de 2 à 4^{cm} de sérum dans l'espace de 10 jours et en est amélioré, mais un mois plus tard, après s'être cru guéri, il est de nouveau dans l'impossibilité de marcher et reçoit encore 4 injections de 6^{cm} à 48 heures d'intervalle qui calment la douleur.

Observation 69 : HEWES. — *Boston M. S. J.*, 1894.

G. A..., entré le 20 août.

Cinq jours avant, il reçoit un coup de pied de mulet dans la hanche gauche et tombe. Ne se sentant aucun mal, il se relève. Le lendemain, la hanche et l'aîne gauches sont très raides et douloureuses. Le jour suivant, la hanche gauche va mieux, la hanche et l'aîne droites sont douloureuses et raides avec douleurs irradiant dans les lombes et en bas jusqu'à la cuisse. Urine sanglante: plusieurs fois depuis l'accident, mais pas à chaque miction.

Il y a 3 jours, les deux yeux sont devenus douloureux et injectés avec écoulement gênant. Pas de frissons: pas de maux de tête, pas de vomissements.

Il a eu une blennorrhagie il y a environ un mois; l'écoulement persiste.

Examen. — Ophtalmie purulente.

Remue les hanches avec douleur, surtout la droite, sensibilité et léger gonflement du triangle de Scarpa à droite.

Autres localisations articulaires des pieds.

Écoulement urétral contenant des gonocoques.

Température à l'entrée 39° 3.

Le 2^e jour, 40°. La rate augmente de volume. Le malade souffre beaucoup dans le sacrum et la hanche droite.

Le 4^e jour, arthrite du genou droit. Ensemencement du sang, gonocoques.

Répété les 25 et 30 août, les 4, 8 et 20 septembre avec résultat positif. Pas de nouvelle arthrite.

Observation 70 : HOFFA. — *Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie*, 1906, t. 17.

Femme, 24 ans. Mère de deux enfants jusque-là bien portante. A été atteinte d'une coxite gonococcique de forme extrêmement douloureuse.

Il demeura une ankylose complète de la hanche gauche dans une attitude en flexion et adduction marquée, la radiographie montre qu'il s'agit d'une ankylose osseuse.

Après résection elle est plâtrée en extension et abduction légère avec d'excellents résultats. Sept ans après, elle a une flexion à 60° et les autres mouvements sont également possibles.

Observation 71 : IVENS. — *British Medical Journal*, 15 janvier 1921, p. 77.

Femme atteinte de gonococcie depuis 2 ans. Aussitôt après un accouchement, arthrite de la hanche gauche qui nécessite son transfert dans une maternité avec son

enfant âgé de 9 semaines. On ne put prouver la nature gonococcique de l'arthrite, presque évidente, le mari souffrant de douleurs articulaires de même nature.

Elle reçut deux injections sous-cutanées de sérum de Nicolle à 8 jours d'intervalle, suivies de fortes réactions fébriles le soir même. Le bébé, que sa mère allaitait, eut un érythème sérique.

Le résultat thérapeutique fut excellent. Après 3 semaines, la douleur cessa et la malade rentra chez elle. Revue 3 mois après, elle marche facilement, sans douleurs.

Observation 72 : KAREWSKI. — *Centrabl. f. Chir.*, 1891 (voir p. 105).

Observation 73 : KENDAL. — *Lancet*, 1889 (voir p. 112).

Observation 74 : KIENBÖCK. — *Wiener kl. woch.*, 1903, p. 57.

Homme, 23 ans. Gonococcie il y a 3 ans; à l'occasion d'une nouvelle poussée d'urétrite en 1901, il présente une élévation thermique avec exanthème morbilliforme, et tandis que l'écoulement s'arrête, des douleurs articulaires se localisent aux deux genoux, aux deux chevilles, puis, après la disparition de ces premières localisations, aux deux poignets, à l'épaule droite et à la hanche gauche. Lorsqu'il entre à l'hôpital, seules les articulations du poignet gauche et de la hanche gauche sont atteintes : gonflement, douleur très vive, mouvements impossibles. Même dans la station couchée, la hanche est très douloureuse, avec irradiations dans tout le membre inférieur. L'atrophie musculaire y est rapide avec chute du pied : il existe de la trépidation épileptoïde, des secousses cloniques, de l'exagération des réflexes.

La température est à 40°, le rachis est raide et douloureux.

Première radiographie (17 juin). — Le fémur est luxé en haut un peu déformé; la glène a des contours confus et flous.

La température n'a baissé qu'au milieu de juillet, et la douleur s'est un peu atténuée.

Le malade est revu en 1902, 10 mois et demi après cet épisode; il marche encore avec une canne et présente une ankylose coxo-fémorale en extension. Le raccourcissement est de 2^{cm}. L'atrophie est marquée; il n'accuse pas de douleur.

Deuxième radiographie. — La luxation s'est accrue; la tête et la glène sont claires et, sur une vue stéréoscopique, on voit la raréfaction des travées osseuses qui ont perdu leur direction habituelle. Le contour de la tête est très noir et l'on ne peut préciser si les anomalies de structure dérivent ou non de l'ankylose.

Observation 75 : — *Id.*

Homme, 44 ans. Gonococcie aiguë il y a 7 ans, accompagnée d'arthrites du genou, du cou-de-pied et de la hanche gauche.

La hanche a été l'articulation la plus touchée. Après 11 semaines de lit, la mobilisation active n'amena qu'une restitution incomplète.

La radiographie montre l'existence d'une luxation de la tête qui a subi une ascension de 1^{cm}. Le contour de la tête est imprécis, les ombres sont seulement un peu plus claires que normalement.

Observation 76 : KIENBÖCK. — *Fortschritte d. Röntgenstr.*, t. 18, 1912, p. 280.

Femme de 32 ans. La maladie a débuté il y a 11 ans par une atteinte de polyarthrite aiguë, alors que la malade, mariée depuis 3 mois, présentait une *infection génitale caractéristique*. Au cours de cette polyarthrite, la température s'était élevée à 40°, et il y avait eu des signes cardiaques.

Parmi les articulations atteintes, c'étaient surtout la hanche droite, le poignet gauche, le genou gauche qui le furent le plus gravement, et ce n'est qu'après plusieurs mois que la malade put se lever.

Lorsqu'elle tenta de marcher, on s'aperçut que son membre inférieur droit était nettement raccourci avec limitation franche des mouvements.

En même temps que cette affection évoluait une grossesse qui se termina à terme par la naissance d'un enfant bien portant.

Depuis ce temps, la marche est demeurée gênée par des douleurs vives au niveau de la hanche droite.

Examen. — Raccourcissement de 3^{cm}; musculature très atrophiée. L'ankylose s'est faite en flexion légère et adduction et l'on ne peut obtenir ni l'extension complète ni l'abduction, celle-ci entraînant très vite le bassin. De même, la rotation est impossible. Tous ces mouvements s'accompagnent d'une grosse crépitation. Il existe des séquelles d'arthrite du genou gauche et du poignet gauche.

Radiographie. — Synostose radio-carpienne gauche.

Subluxation du tibia gauche en arrière.

Le fémur est en adduction; le grand trochanter est surélevé de 3 m. Le col et la tête sont très profondément enfoncés dans le cotyle et le contour supérieur de celui-ci est très agrandi. Le contour de la tête fémorale fait défaut à sa partie supérieure où il présente de grosses irrégularités; on ne voit pas de corps étrangers. L'intensité des ombres est faible avec des taches parsemées (atrophie osseuse), le bord postérieur du cotyle est épaissi et déjeté en dehors.

La tête semble remplir à peu près complètement le cotyle et les revêtements cartilagineux sont invisibles.

La face pelvienne du cotyle est en translation de 1^{cm} environ vers la ligne médiane; cette zone est très sombre et empiète presque jusqu'à la hauteur du grand trochanter.

La malade possède des clichés datant de 2 ans et qui sont identiques. Il faut remarquer que l'étiologie gonoccique n'est pas douteuse ici.

Le raccourcissement, aux dires de la malade, est apparu dès le stade aigu, et l'on peut se demander si la déhiscence du cotyle n'était pas constituée dès ce moment pour cesser ensuite de progresser; c'est ce que semble indiquer la première radiographie.

Observation 77 : KULIGA. — *Ziegler's Beiträge*, 1905 (voir p. 121).

Observation 78 : LANCEREAUX in GEORGIADÈS. — *Thèse de Paris*, 1883.

Marie R..., cuisinière, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 11 mai.

Cette malade est enceinte de 4 mois.

Elle se plaint de douleurs dans les articulations de la région cervicale, de la colonne vertébrale, et aussi dans celles de la jambe et du bras gauche. Deux jours après son entrée, la malade fut prise de douleurs atroces dans la cuisse gauche, douleurs telles que la malade ne cessait de pousser des *cris épouvantables*. En même temps, disparaissaient les douleurs des autres parties du corps. La douleur siégeait dans toute l'étendue de la cuisse jusqu'au genou, suivant le trajet du nerf sciatique. Le moindre contact provoquait de vives douleurs. On pensa d'abrd à une compression du plexus sacré. Mais plusieurs lavements et purgatifs furent administrés sans diminuer la douleur. On songea alors à une suppuration profonde du membre. La cuisse est sensiblement augmentée de volume, elle est affaissée sur elle-même. Le membre complètement immobile est dans l'abduction. Les douleurs sont continues, et le traitement ne paraît pas avoir amélioré l'état de la malade. Friction avec de la pommade iodurée.

26 mai : les douleurs dans le genou gauche sont augmentées, on constate dans cette articulation un épanchement de liquide. Prescription : 20 sangsues à la partie supérieure de la cuisse, cataplasmes, frictions avec la pommade iodurée.

6 juin : l'état général est resté le même; il y a de l'œdème à la hanche gauche. Au niveau du genou et de l'articulation coxo-fémorale, les douleurs sont très vives.

Prescription : Lavement avec follicules de séné et sirop de morphine ; à la cuisse : vésicatoire saupoudré au chlorhydrate de morphine.

Le 17 : légère amélioration de l'état général ; les douleurs sont moins vives, mais tout mouvement est encore impossible, l'appétit est presque nul.

10 juillet : l'état de la malade s'améliore peu à peu ; elle commence à marcher et à s'appuyer sur la jambe gauche.

On peut la considérer comme guérie.

Le 28 : la malade quitte l'hôpital.

Observation 79 : — *Id.*

Marie D..., mouleuse, 31 ans, entre à la Pitié le 12 janvier 1880.

Cette femme est enceinte de 7 mois, ses urines ne contiennent pas d'albumine.

Depuis 3 semaines environ, la malade ressent dans la cuisse droite de vives douleurs qui l'empêchent de marcher et de se coucher sur le côté droit. On ne trouve pas à la pression les points douloureux de la sciatique ; ce sont surtout les mouvements imprimés au fémur qui sont douloureux. Le choc sur le genou provoque de la douleur, il en est de même de la pression sur le grand trochanter.

La malade a de la fièvre. A la lèvre inférieure on voit des vésicules d'herpès. On constate des craquements dans les articulations autres que la coxo-fémorale.

Il y a 8 jours, elle a souffert au coude gauche.

Elle a été soignée il y a 2 ans à l'hôpital Saint-Antoine pour une arthrite du genou gauche. Elle avait alors des *perles blanches abondantes* qui ne tachaient pas son linge en jaune, elle ne ressentait pas de douleurs en urinant. Elle a gardé le lit 2 mois, la jambe placée dans un appareil silicaté. Il en est résulté une ankylose du genou et un peu de raideur de l'articulation tibiotarsienne.

Le 7 février, la malade a une légère hémoptysie et des vomissements assez fréquents.

Le 20 mars : à ce moment, la douleur de la cuisse a diminué, plus de fièvre, mais la malade est dans l'impossibilité de marcher.

Elle passe dans un service d'accouchement.

Observation 80 : LANGENBECK. — *Congrès des chirurgiens allemands*, 1874.

Présentait un jeune homme de 22 ans réséqué de la hanche qui avait eu en avril 1870 une blennorrhagie s'accompagnant d'une adénite inguinale gauche.

Le bubon suppura, puis guérit au bout de 15 jours.

Le patient se livrait à ses occupations, lorsqu'en octobre 1871, il éprouva de la gêne dans les mouvements de la hanche. Une série d'abcès se formèrent alors dans cette région et s'accompagnèrent de flexion de la cuisse avec rotation du membre en dehors. Le 1/4 avril 1872, Langenbeck fit la résection de l'articulation et trouva la tête cariée.

Ce chirurgien avait déjà observé deux cas analogues.

Observation 81 : LANGERON et DELCOUR. — *Presse Méd.*, 1928 (voir p. 80).

Observation 82 : LEBEUF. — *Thèse de Lyon*, 1923-1924 (voir p. 40).

Observation 83 : LOREY. — *Soc. d'Anal.*, 1874, in *Progrès Médical*, 14 novembre 1874.

La nommée E. P..., 22 ans, domestique, forte constitution, entre le 6 mars 1874, service de M. Millard. Depuis 15 jours environ, la malade est affectée d'une vaginite qui vient de se compliquer d'une arthrite aiguë du genou gauche. L'articulation malade est gonflée, tendue, douloureuse sans changement de coloration de la peau. Application sans résultat d'une gouttière et 2 vésicatoires. L'articulation de la hanche

ne tarde pas à se prendre et malgré tous les soins médicaux et chirurgicaux, les deux articulations *suppurent*.

La malade *meurt* d'infection purulente, 21 mai 1874.

Observation 84 : LYLE. — *Annals of Surg.*, 1910 (voir p. 144).

Observation 85 : MARKHEIM. — *Deutsche Archiv. für Klinische chirurgie*, t. 72, 1902, p. 186.

Homme, 43 ans. Depuis 3 semaines, récurrence d'une urétrite gonococcique ancienne et, en même temps, douleur de la hanche gauche, qui persiste pendant 15 jours, puis du genou gauche, du poignet droit.

Après 3 semaines, il sort de l'hôpital non guéri.

Observation 86 : — *Id.*

Femme, 25 ans. Les douleurs, d'abord polyarticulaires, se localisèrent ensuite aux deux hanches, aux deux épaules, aux deux genoux, aux deux chevilles. Elle présenta également un souffle mitral avec assourdissement des bruits, et sortit après 3 mois après guérison de ses arthrites, mais avec un cœur lésé.

Observation 87 : — *Id.*

Homme, 45 ans. A présenté il y a 1 mois un gonflement douloureux du pied gauche. Puis le pied droit, la main gauche, la hanche droite, le gros orteil droit devinrent douloureux et tuméfiés. En même temps, il y a des signes d'urétrite et de cystite et la température est à 38°.

Après 2 mois et demi de séjour à l'hôpital, il sortit malgré un gonflement persistant du poignet gauche.

Observation 88 : — *Id.*

Homme, 20 ans. Arthrite du cou-de-pied à laquelle succédèrent une série d'autres localisations, à la hanche, au genou, à l'épaule, au coude, au poignet du même côté, à l'articulation métacarpo-phalangienne du 4^e doigt droit et à la 4^e articulation sterno-costale des deux côtés. Le malade présentait également un écoulement urétral. Il sortit du service non guéri, après 6 semaines.

Observation 89 : — *Id.*

Homme, 25 ans. Souffre depuis 2 ans de sa hanche gauche. Depuis quelques jours, ces douleurs augmentent progressivement. La région coxo-fémorale est très douloureuse, ainsi que les points d'émergence du sciatique. La température est à 38°.

Un écoulement urétral abondant accompagnait ces symptômes.

Le malade guérit en 6 semaines, après avoir présenté des douleurs rachidiennes

Observation 90 : MAROTTA. — *Semana Medica*, 1913.

Homme, 20 ans. Arthrite coxo-fémorale double et douleurs rachidiennes 15 jours après le début d'une blennorrhagie. Examiné après 5 mois de traitement par le salicylate qui avait amené une amélioration relative, il présente de la douleur et de la rigidité de la colonne lombo-sacrée, une ankylose douloureuse des deux hanches.

Après 3 injections de nucléoprotéines et du massage, il est amélioré au point de pouvoir jouer au foot-ball 25 jours plus tard.

Deux ans après cette première atteinte, à l'occasion d'une nouvelle poussée d'urétrite aiguë, il présenta les mêmes localisations articulaires auxquelles s'ajoutèrent des

arthrites du cou-de-pied et du genou avec température à 38°6. Trois nouvelles injections de nucléoprotéines amenèrent la guérison.

Observation 91 : MATHIES. — *Thèse de Kiel*, 1907.

Femme de 19 ans. Atteinte depuis un mois de vaginite sans urétrite. Depuis trois semaines, douleurs de la hanche gauche, fièvre, céphalée, constipation.

A l'examen, la hanche est contracturée en flexion, adduction, rotation interne. Le gonflement est marqué; la pression sur le grand trochanter est très douloureuse; la palpation profonde ne décèle pas de fluctuation.

La ponction de l'articulation est négative.

On mit un appareil en extension et une vessie de glace sur la région douloureuse. Après 20 jours, la fièvre qui était jusque-là à 40° baisse le matin, mais la douleur persiste aussi vive malgré l'extension, la glace et les badigeonnages iodés.

Au 28^e jour, la ponction sous anesthésie générale ramène un peu de liquide muqueux; on sent que l'aiguille bute dans un tissu granuleux. Injection d'eau boriquée.

La ponction marque le début de l'amélioration. Deux mois et demi après le début, la malade commence à marcher; malgré l'attitude vicieuse, quelques mouvements reparaissent peu à peu et après 4 mois de traitement, elle quitte l'hôpital en bon état.

Observation 92 : — *Id.*

Homme de 23 ans. Actuellement guéri d'une blennorragie contractée 3 mois auparavant. Il y a 8 jours frissons, douleurs de la hanche gauche qui disparaissent après sudation forcée; ayant repris son travail, le malade présenta bientôt après un traumatisme, une arthrite du coude et ne souffrit plus de sa hanche

Observation 93 : — *Id.*

Homme, 37 ans. A contracté une blennorragie il y a 1 mois. Il y a 8 jours, cessation de l'écoulement, et presque aussitôt, douleurs vives de la cuisse gauche et apparition d'un gonflement inguinal douloureux.

A l'examen, on sent dans la région inguinale, en dehors des vaisseaux fémoraux, une tuméfaction dure, douloureuse de la taille d'une paume de main, la pression sur le grand trochanter est très douloureuse, on sent de plus quelques ganglions inguinaux augmentés de volume. Il y a flexion légère de la cuisse sur le bassin, la marche est presque impossible.

On traita ce malade par l'extension et des pansements chauds. Après quelques jours d'amélioration, il y eut reprise des phénomènes pendant 15 jours environ.

La ponction fut négative.

Après 5 semaines environ, les signes s'amendent et le malade parvient à marcher, mais la raideur persiste.

Observation 94 : MERCIER. — *Thèse de Paris*, 1883.

Le 15 mai 1882, entre à l'hôpital de la clinique la femme Lavache pour une arthrite de la hanche droite.

Cette femme, cuisinière, âgée de 24 ans, était enceinte d'environ 7 mois.

D'une constitution médiocre, elle assurait ne pas avoir pris froid.

Elle s'est toujours bien portée jusqu'au 10 mai 1882, époque à laquelle elle avait éprouvé des douleurs assez vives dans la hanche: ces douleurs forcèrent la malade à suspendre son travail.

Pas de rhumatisme antérieur.

Son père et sa mère n'ont jamais ressenti de douleur dans les jointures.

A son entrée à l'hôpital, la femme remuait difficilement la cuisse malade. Il y avait un empâtement assez marqué. On se contenta de la traiter par des calmants et des révulsifs, sans obtenir la moindre amélioration quand elle accoucha normalement d'une fille le 3 juillet.

A partir de cette époque, soulagement considérable, disparition de tous les phénomènes morbides.

Le 15 juillet, elle sortait complètement guérie.

La malade s'est mariée il y a 15 ans. Elle n'a jamais eu la moindre maladie. Pas de rhumatisme.

Elle a déjà eu 5 grossesses toutes excellentes. Le dernier accouchement eut lieu 28 mois avant celui qui nous occupe.

Six semaines avant son entrée à Cochin, cette femme ressentit un jour des douleurs vagues de la hanche droite. En marchant, elle traînait la jambe, sans que cela l'empêchât de se livrer à ses occupations habituelles. Le jour où elle sentit pour la première fois de la gêne articulaire, elle remarqua le matin en se levant que l'articulation *métacarpo-phalangienne* de l'index gauche était raide et gonflée, d'une coloration rouge assez accentuée. Elle pensa qu'en dormant elle s'était fait une foulure. Mais au bout de 2 jours il existait une inflammation assez vive de l'article.

Huit jours après le début de ces accidents, la raideur de la hanche devint une véritable douleur et la malade fut obligée de garder le lit. Toutefois, elle continua à se lever 1 heure à 2 heures par jour, mais 15 jours à 3 semaines après l'alitement, la douleur devenait insupportable et empêchait tout mouvement. Quoique la douleur spontanée fût beaucoup moins vive que la douleur provoquée, elle était suffisante pour empêcher la malade de dormir. Du reste, pas de frissons, pas de symptômes fébriles; appétit presque complètement disparu.

Quand la malade ressentit les premières douleurs de l'enfantement, elle se fit transporter à Cochin. Ce fut pour elle un véritable supplice, à cause des douleurs extrêmement vives que lui causait la moindre secousse. Les douleurs spontanées s'étaient également accrues depuis 2 à 3 jours.

A l'examen de la malade, on constate d'abord que l'articulation de l'index est dans l'état que nous avons indiqué plus haut, et que, de plus, il existe de la crépitation intra-articulaire. La hanche est tuméfiée, molle, et comme œdématiée profondément sans que, du reste, la pression du doigt laisse son empreinte. Il existe un certain gonflement qu'on ne trouve pas à gauche, mais il n'y a pas de coloration anormale. De plus, en étendant le palper à toute la longueur de la cuisse, on détermine une douleur vive, indépendante des mouvements articulaires, mais d'autant plus prononcée qu'on se rapproche davantage de la hanche ce qui indique probablement la contracture réflexe des muscles péri-articulaires.

On ne trouve pas de traces de blennorrhagie, un léger souffle à la base du cœur, pas de palpitations.

Le jour de son arrivée à Cochin, c'est-à-dire le 24 janvier, on lui donna 4^g de salicylate de soude, puis le soir une injection de morphine de 2^{cc}. Elle dormit assez bien et le lendemain souffrit moins spontanément.

Le 25, elle ne prit pas sa potion, la journée se passe comme la précédente et le soir elle eut encore une injection de morphine de 2^{cc}. La nuit fut mauvaise, la malade ne dormit presque pas et ne cessa de gémir et de crier.

Le 26, au matin, elle ressentit de nouvelles douleurs utérines, on applique le forceps. Aucune complication; la malade dormit tranquillement.

Le 27, la douleur spontanée avait disparu. La pression elle-même ne déterminait pas de douleurs, quand elle était modérée. Température : 37°5.

Le 28 la température ne fut pas prise. Elle était normale au toucher et la malade

se portait bien, mais le soir, ayant été remuée un peu pour faire son lit, elle se sentit mal à l'aise; elle dormit peu et souffrit assez vivement de la hanche.

Le 29 : température du matin 38°5, la hanche ne semble pas plus douloureuse à la pression; température du soir 38°3.

A partir du 1^{er} février, la température redevint normale. Les douleurs de la hanche tout en étant notablement moins vives qu'avant l'accouchement, l'étaient cependant assez pour empêcher la malade de se remuer librement dans son lit. On voulut la faire passer dans un service de médecine. Elle refusa et quitta l'hôpital le 10 février dans le même état. Nous ne l'avons plus revue depuis.

Observation 95 : MÉRET et NÉE. — *Normandie méd.*, 1911, p. 22.

H..., 22 ans, gardien de paix. En juillet 1910, blennorrhagie. Quinze jours après, douleurs hanche droite et genoux; douleurs qui, par leur acuité, rendent bientôt la marche et la station debout impossible.

Observation 96 : MIROPOLSKY. — *Thèse de Paris*, 1889-1890.

Victor B..., chauffeur, âgé de 37 ans, célibataire, entre le 10 décembre 1889 à l'hôpital Necker.

Le malade se présente à l'hôpital pour des douleurs qu'il éprouve dans le poignet droit, les deux épaules et l'articulation coxo-fémorale gauche. Il y a deux jours, nous dit-il, le matin en se mettant à son travail, il a éprouvé une douleur soudaine très intense au niveau du poignet droit : cette douleur se propage bientôt aux deux épaules et s'exaspère tellement que le malade, forcé de quitter son travail, se hâte de rentrer chez lui.

Hier soir, il a été pris de douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche et les mouvements du membre affecté sont si difficiles, la marche se fait si péniblement que le malade, qui se tient debout avec peine, nous est apporté sur un brancard.

Température 39°. Rien d'anormal aux divers appareils, même à l'urèthre ou à la vessie. Réponse négative sur l'existence d'un écoulement.

On lui donne du salicylate de soude. Quelques jours après, les douleurs des épaules et du poignet disparaissent, ainsi que la fièvre, mais la douleur de la hanche persiste : elle augmente les jours suivants.

Un nouvel examen de l'articulation coxo-fémorale gauche permet de constater l'existence d'un léger *épanchement intra-articulaire* (*ponction avec la seringue de Pravaz*).

C'est alors que le malade interrogé à nouveau et avec plus d'insistance, avoue qu'il a eu une première blennorrhagie il y a 5 ans et une deuxième en septembre 1889. Cette dernière, dit-il, était arrêtée complètement depuis déjà 1 mois. Jamais de maladies antérieures, jamais de rhumatisme.

Donc, rhumatisme blennorrhagique primitivement polyarticulaire se localisant ensuite à l'articulation coxo-fémorale.

On immobilise le membre malade dans une gouttière en fil de fer garnie d'ouate et au bout de quelques jours une amélioration notable se produit du côté de l'articulation coxo-fémorale. Plus de douleurs spontanées. Quelques douleurs quand le malade veut fléchir la cuisse sur le tronc.

2 février 1890 : début d'une arthrite du genou gauche et de l'épaule.

11 février : l'articulation de la hanche n'est plus douloureuse, ni à la palpation, ni à l'occasion des mouvements provoqués.

Observation 97 : NÉLATON. — *Bull. Soc. Chir.*, 1902 (voir p. 73).

Observation 98 : PACI. — *Arch. di Orthp.*, 1891 (voir p. 78).

Observation 99 : PAPIN et MAGNANT. — *Soc. de Méd. et Chir. Bordeaux*, 1928.

Il s'agit d'une malade de 23 ans, dont l'observation sommaire est la suivante :

Le 15 juillet 1926, apparition en pleine santé d'accidents très aigus et très douloureux au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche; accidents précédés de quelques jours par une bartholinite aiguë incisée. L'état général est gravement atteint; la température, très élevée, oscille entre 39° et 40°; le membre inférieur gauche s'est placé en attitude vicieuse, flexion, adduction, rotation interne; le moindre mouvement arrache des cris à la malade, le toucher rectal pouvant être seul pratiqué révèle un empatement sur la face interne du cotyle gauche.

On se tient sur l'expectative au point de vue intervention et étant donné l'état de faiblesse extrême du sujet, on se contente de donner des toniques cardiaques, de pratiquer un abcès de fixation et de corriger la déviation du membre par l'extension continue. Quelques jours après le début apparaît une escharre fessière. Au bout de deux mois, l'état général s'améliore, le membre est revenu peu à peu en rectitude, mais on constate une laxité articulaire considérable, qui se manifeste par un mouvement de piston de la tête fémorale des plus nets. La tête fémorale est en place, il n'y a pas de luxation. Il existe un raccourcissement de 3^{cm} environ. Pas d'ankylose, tous les mouvements du membre sont possibles et peu douloureux, l'adduction seule est un peu limitée. L'atrophie musculaire du membre est considérable. Une première radiographie montre l'altération de la tête qui se fragmente et s'érode sur toute sa surface. Interligne conservé, oblitération du cotyle qui s'amincit considérablement, et fait saillie dans le petit bassin; décalcification uniforme et généralisée de la tête et du col fémoral; absence de périostoses ou d'exostoses péri ou intra-articulaires. Conservation des rapports normaux des extrémités articulaires.

La marche n'est possible qu'au bout de 5 mois, d'abord avec un appareil de cuir armé et des béquilles, puis avec des cannes.

Actuellement, la malade marche sans appareil et sans canne, la marche est très facile et s'exécute seulement avec une très légère boiterie. Le mouvement de flexion qu'elle présentait jadis a disparu, l'atrophie persiste mais moindre, le raccourcissement est de 2^{cm}. L'état général est parfait. Une radiographie récente, octobre 1928, montre que les lésions d'atrophie de la tête fémorale sont encore plus accentuées. Cette tête d'ailleurs a actuellement disparu, il n'existe plus que le col lui-même, atrophié et aminci. Le cotyle est de la minceur d'une feuille de papier, mais très régulier dans ses contours; de plus, il est refoulé presque entièrement dans la cavité pelvienne où il fait une saillie prononcée; l'interligne est plutôt flou; il semble que le fond du cotyle soit relié au col fémoral par un tissu fibreux dense. La tête fémorale, ou ce qui en reste, est bien en place dans le cotyle, donc pas de luxation.

Observation 100 : PAYR. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, t. 57, 1900.

Garçon de 18 ans, bien portant jusqu'en 1897, puis douleurs hanche droite au point de s'aliter après quelques jours. Reste alité 3 mois avec fièvre, adénopathie inguinale. Gros amaigrissement à cette date, anorexie. N'a pas été soigné pendant ce temps par un médecin.

Après 3 mois, peut se lever et s'aperçoit alors que sa jambe a raccourci; effrayé, il entre à l'hôpital où il demeure 4 mois (massages, frictions huileuses). Lorsqu'il quitte

l'hôpital il ne souffre plus, mais le raccourcissement persiste et la hanche est raide, et il se soigne encore 2 mois chez lui.

Vu à l'hôpital en mai 1898, on constate qu'il s'agit d'un homme solide mais très amaigri. Peau sèche, jaunâtre. Cœur, poumon normaux. Albuminurie légère.

La région de la hanche est élargie, avec gros gonflement de la région trochantérienne. Le membre est en forte adduction, rotation interne. Le raccourcissement est évident (6^{cm}), les mouvements sont limités; il ne peut soulever la jambe du plan du lit. Il n'y a aucune flexion possible, de même les mouvements d'abduction et d'adduction sont nuls. Mouvements de rotation nuls.

La tête n'est pas dans le cotyle. Le grand trochanter est au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, à 5^{cm} au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

Dans la région fessière, on sent une saillie dure qui répond à la tête, mais elle est petite et semée de saillies osseuses. Les petits mouvements qu'on peut imprimer à la tête ne sont pas douloureux, mais entraînent une crépitation marquée.

La marche est difficile, avec deux cannes. La claudication très forte.

25 mai 1898 : essai de réduction non sanglante sous anesthésie. Plâtre en extension avec poids de 5^{kg}, mais la réduction n'est pas obtenue.

31 mai : angine.

21 juin : crise de rhumatisme articulaire (genou, épaule, coude). On enlève le plâtre. Salicylate. La fièvre et la douleur diminuent, mais ce n'est qu'au début d'août que la crise est terminée.

22 octobre 1898 : essai de réduction par la méthode de Lorenz, on gagne 1^{cm}, 5, mais le 29 novembre le raccourcissement est de nouveau de 6^{cm}.

1 janvier 1899 : le raccourcissement atteint 7^{cm}, puis 8^{cm}. Le malade souffre de nouveau.

17 mars : réduction sanglante par la méthode de Kocher, très gênée par la rétraction des parties molles.

La tête est nichée dans un tissu blanc jaunâtre très dur qui est excisé au bistouri. Elle est aplatie et très modifiée, privée de son cartilage, usé, remplacé par de grosses exostoses. Elle est déviée et n'est plus dans l'axe du col.

Au point correspondant de la fosse iliaque s'est formée une véritable néarthrose avec revêtement cartilagineux et ébauche de synoviale très épaissie.

L'angle que forme la tête avec le col est un angle droit.

On eut quelque peine à mettre à nu le cotyle, qui était comblé d'une substance si dure qu'il fallut l'évider au ciseau. Puis on fit la résection des exostoses de la tête pour la replacer. Il fallut de grands efforts pour y parvenir. *Aucune trace de ligament rond.*

On suture les parties molles tant bien que mal, puis extension avec un poids de 5^{kg}.

Suites très bonnes. Le tamponnement est facile. Le malade souffre peu, le pansement de Mickulicz est renouvelé. Drain de 5^{cm}.

21 avril : plus de fièvre. Bon état général, plaie presque cicatrisée.

12 mai : on enlève le plâtre. Le raccourcissement est de 2^{cm}, 5. La mobilisation passive, peu douloureuse, donne une flexion à 25-30°. Je laisse cependant un appareil avec poids de 4^{kg}.

28 mai : plâtre sans poids avec fenêtre sur la plaie.

29 mai : température 38°. Douleur vive du genou. Salicylate à hautes doses. Les douleurs cèdent en 5 jours.

23 juin : ablation du plâtre. Cicatrisation complète.

Mobilisation passive. Massage. Le malade marche beaucoup mieux et dans l'ensemble le résultat est bon.

31 juillet : ni abduction, ni rotation, mais flexion et extension suffisantes. Malade peu courageux pour gagner davantage, mais marche de mieux en mieux.

Avril 1900 : revu en même état, se dit content. Travaille debout.

La radiographie montre la tête petite, mais en place.

Observation 101 : — *Id.*

Femme de 20 ans. Après un refroidissement sous la pluie, douleur et gonflement poignet gauche disparu en 8 jours, puis douleur hanche droite, genou droit, cheville droite, fièvre élevée. Bientôt la douleur se localise seulement à la hanche et la malade demeure 4 mois au lit, souffrant énormément et voyant peu à peu se constituer une attitude en flexion, adduction, rotation interne avec ankylose.

Après 4 mois, elle marche avec un fort raccourcissement, mais peu à peu un certain degré de mobilité reparait.

Antécédents sans intérêt.

Examen. — 3 mai : malade de bon aspect. Examen général négatif. Ganglions inguinaux bilatéraux.

Hanche très modifiée. Vergetures cutanées. Mobilité limitée. Raccourcissement de 4^{cm}; on sent la tête sous les muscles fessiers, mal limitée. *L'articulation semble disludue par du liquide.*

2 juin : la reposition non sanglante a échoué.

On intervient. Le cotyle est très réduit. Réduction difficile.

Suites assez bonnes.

8 juin : au 6^e jour, température 38°. Constipée. Cathétérisme vésical nécessaire. Urines troubles. Cystite légère. Salol.

16 juin : la plaie suppure. Urines troubles : leucocytes, cellules vésicales, quelques cylindres.

17 juin : température 38°3. Suppuration intense.

18 juillet : bon état après une période de fièvre. Diarrhée. Grosse suppuration.

1^{er} août : grosse suppuration de nouveau. Contre-incision de drainage.

1^{er} septembre : bon état.

Observation 102 : PETER. — *Société médicale des Hôpitaux*, 11 janvier 1867.

Catherine M..., 17 ans, entre le 17 décembre 1866, à l'hôpital Saint-Louis. Elle est *enceinte* de 4 mois environ, et paraît très affaiblie au moment de son entrée.

Elle est en travail depuis 24 heures et dans l'apyrexie la plus complète. A 10^h, la fausse couche a lieu. Le fœtus paraît avoir 4 mois.

Le lendemain, 18, très vives douleurs dans les articulations de l'épaule et du coude, ainsi que dans la continuité des membres. Les jambes et les cuisses sont aussi très douloureuses. La malade dit que ces douleurs ont apparu le 15 décembre, toutefois elles ne devaient pas être bien fortes, puisque le 17 elle ne s'en plaignait pas. Fièvre.

Eruption de quelques vésicules sur la peau des jambes.

Le 20 : les articulations des membres sont douloureuses, mais non gonflées. Les vésicules qui s'étaient montrées sur la jambe droite sont devenues purulentes. Sur la région iliaque et le flanc droit, il y a quelques taches d'*érythème papuleux*.

Compiquant cette affection rhumatismale, oppression subite avec signes de *péricardite* et d'*endocardite*.

Le 22 : pleurésie gauche. Puis, le 24, pleurésie droite.

Les douleurs articulaires ont presque complètement disparu.

Le 26 : douleur vive dans l'épaule droite.

Température persistante à 39°6 et 39°8, état typhoïde qui vient encore aggraver toutes les déterminations rhumatismales qui se sont déroulées sous nos yeux.

Mort le 29 décembre, le 13^e jour après la fausse couche.

Autopsie :

Péricardite non purulente.
Lésions valvulaires.
Épanchement pleural louche non purulent.
Péritoine intact.
Utérus sain.

Articulations. — On ouvre les articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale gauches et on les trouve remplies de pus. Il y a du pus dans les deux muscles grands pectoraux. On n'en trouve pas ailleurs.

Observation 103 : PORTER. — *J. Royal Army Med. Corps*, 1907.

Homme atteint de conjonctivite blennorragique avec arthrite d'une cheville et de la hanche droite. Après 4 injections de sérum antigonococcique faites en 4 jours, l'amélioration fut si rapide qu'elle permit au malade de reprendre son travail 15 jours plus tard.

Observation 104 : PROCHASKA. — *Virchow's Archiv.*, 1901.

Homme, 30 ans. Urétrite blennorragique depuis 2 mois avec douleurs dans la hanche gauche. A l'examen, la hanche est très douloureuse, les ganglions inguinaux sont tuméfiés. Bien que la température soit normale, l'hémoculture est positive. Après 15 jours, l'amélioration est nette : le malade qui présente également de l'iritis, souffre moins, mais il boite.

Observation 105 : RAYMOND. — *Soc. Med. des Hôp.*, 1899 (voir p. 75).

Observation 106 : RICHEL. — *Union médicale*, 1868, p. 682.

Jeune malade de 16 ans, garçon marchand de vins, affecté d'une coxalgie à laquelle on pourrait donner le nom de rhumato-blennorragique en raison des circonstances particulières qui ont précédé ou accompagné son développement.

Le 11 février 1868, lendemain de son entrée, le malade est couché sur le dos, le visage rouge et couvert de sueurs : les traits expriment la souffrance. Le membre inférieur droit est douloureux dans toute son étendue, mais la douleur est beaucoup plus vive au niveau du genou et de la hanche. Le genou paraît un peu tuméfié, surtout à la racine de la cuisse, mais sa température n'est point de beaucoup supérieure à celle du reste du corps. La moindre pression exagère les douleurs et les mouvements de ce membre sont impossibles.

Il existe une fièvre violente : le pouls est plein, il bat 130 pulsations. Avec un air de candeur qui a trompé tous ceux qui l'ont interrogé, ce jeune homme raconte qu'il est malade depuis le 10 février et que sa maladie lui paraît devoir être attribuée à un effort considérable qu'il aurait fait en soutenant une forte barrique de vin qui aurait déterminé le crachement de quelques filets de sang et une violente douleur dans tout le membre inférieur droit. Il raconte aussi qu'il s'est refroidi après avoir eu très chaud 1 ou 3 jours auparavant, alors qu'il traînait une voiture en montant la côte de Montmartre.

M. Richet diagnostique une coxalgie rhumatismale, et son diagnostic semble confirmé par une douleur siégeant à l'épaule gauche, par une tuméfaction au-dessous de la clavicule gauche, par la profession du malade et le concours de circonstances qu'il

racontrait. De plus l'endocarde est légèrement enflammé, il participe à cette maladie; on trouve un bruit de souffle doux au premier temps.

Malgré la douleur générale du membre malade, M. Richet fait observer qu'il s'agit d'une coxalgie à cause de la présence des symptômes suivants : le malade est dans l'impossibilité absolue de soulever le membre qui est dans la rotation forcée en dehors; la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse; le creux inguinal est effacé, la pression y est très douloureuse et les battements des vaisseaux soulevés par une tuméfaction assez notable sont superficiels.

M. Richet fait remarquer que ce symptôme n'est point mentionné par les auteurs, et qu'il est un des plus importants, c'est là que l'on doit explorer les maladies de l'articulation.

Du reste les parties molles qui entourent les autres points de l'articulation coxo-fémorale sont tuméfiées. On constate cette tuméfaction principalement entre le grand trochanter et l'ischion, dans la gouttière qui loge le grand nerf sciatique.

Quelle est la cause de cette tuméfaction? Ce n'est point évidemment l'épanchement liquide de l'articulation qui refoule la capsule et les parties molles, car la capsule fibreuse offre une résistance considérable et ne se laisse point distendre facilement. La tuméfaction est due à la congestion inflammatoire des tissus qui entourent l'articulation, congestion qui explique le soulèvement du creux inguinal et du sillon qui sépare l'ischion du grand trochanter.

Cette tuméfaction suffirait à elle seule pour démontrer une maladie de l'articulation, lors même que la douleur excessive dans les mouvements surtout dans la rotation en dehors et dans l'abduction viendrait à manquer.

Le malade accuse une douleur dans le genou, comme cela s'observe souvent dans des cas semblables.

On procède à la mensuration du membre, et on ne constate ni allongement, ni raccourcissement.

Pour combattre cette coxalgie rhumatismale avec épanchement à son début, M. Richet institue un traitement énergique. Il fait appliquer à deux reprises des ventouses scarifiées sur la région affectée, il prescrit un éméto cathartique, et le lendemain, il administre 0^g, 50 de sulfate de quinine à prendre chaque matin. Il place le membre dans une position fixe, légèrement fléchi sur un coussin placé au-dessous du genou et maintenu par une alèse croisée sur la région dorsale du pied.

Malgré de minutieuses investigations, le jour de la première visite on ne trouva point du côté de la verge un écoulement peu abondant que l'on découvrit ensuite. Le diagnostic restait le même, seulement on devait y joindre un élément de plus l'élément blennorragique.

« Chez notre malade la tuméfaction de la partie externe de la clavicule a augmenté, elle a rougi, incisée, il s'est écoulé un pus phlegmoneux verdâtre comme dans les abcès blennorragiques.

» Les symptômes généraux et locaux se sont amendés; j'ai prescrit un bain de vapeur que le malade devait prendre dans son lit. Un nouvel abcès est survenu à 4 ou 5^{cm} au-dessus de la partie antérieure de l'articulation tibio-tarsienne. Son développement a duré moins de 24 heures. Je l'ai incisé et il en est sorti un pus de même nature que celui du premier abcès. Ces abcès se sont développés dans le tissu cellulaire et non sous le périoste, ce qui est plus grave. Je m'en suis assuré en plongeant le doigt au bord de l'ouverture.

» Ce garçon est sous l'influence d'un état purulent généralisé, et je conçois des craintes pour son articulation. Vous avez vu que le vésicatoire que j'ai fait appliquer sur son articulation a rapidement suppuré. Les parties molles qui entourent l'articulation s'affaissent et les tissus sont comme œdémateux; ils sont le siège d'un empâtement qui conserve l'empreinte du doigt. Dupuytren faisait remarquer avec raison que

la suppuration était à craindre dans les phlegmasies profondes toutes les fois qu'il se développait au-dessus un empâtement qui conservait l'empreinte de la pression du doigt. Enfin la fièvre se montre le soir.

» Pour toutes ces raisons, je penche vers l'idée que l'épanchement de l'articulation devient purulent, et c'est certainement à l'état génital qu'il faut attribuer cette tendance à la suppuration.

» Le pronostic est grave, car dans ces cas le pus se fait jour en avant ou en arrière de l'articulation, il s'établit des fistules et la maladie marche comme la plupart des tumeurs blanches. Je dois dire cependant que d'une manière générale les coxalgies rapidement suppurées sont moins graves que les autres.

28 février : il s'est développé dans la plèvre un épanchement probablement purulent, et la tuméfaction de la hanche a fait des progrès sensibles.

Ce malade nous offre un exemple du peu de confiance que l'on doit ajouter au récit de la plupart d'entre eux, touchant la cause présumée de leur mal. Il a fallu à M. Richet toute son habileté et son tact exquis pour arriver à cette précision de diagnostic qui nous paraissait hérissé de difficultés à l'entrée du malade.

30 avril : il existe au niveau de la hanche une fistule avec suppuration abondante. L'amaigrissement est extrême et selon toute probabilité l'issue fatale ne se fera pas longtemps attendre.

Observation 107 : Ross. — *Edinburgh medical Journal*, t. 28, 1922.

Homme atteint d'iritis gonococcique avec arthrite des deux épaules, du genou gauche et des deux hanches.

La guérison fut obtenue par les injections intraveineuses d'électrargol associées à la vaccinothérapie.

Observation 108 : — *Id.*

Un homme qui avait eu une blennorrhagie avec phénomènes articulaires en 1911 est infecté de nouveau en 1920 et présente une arthrite de la hanche droite. La température est à 39° et la douleur est si vive qu'il n'ose pas faire le moindre mouvement.

Après une première injection d'électrargol intraveineux la douleur se calme, et, après 5 nouvelles injections alternées avec la vaccinothérapie, le malade peut marcher sans boiter.

Observation 109 : Rost. — *Dermat-Zeits*, 1911.

Homme 24 ans. Rhumatisme en 1904, sans blennorrhagie connue. L'année suivante, arthrites du pied, du genou, de la hanche, du membre supérieur droit avec ankylose progressive. Le malade présente ensuite un exanthème pustuleux de nature gonococcique et la maladie évolua vers la cachexie et la mort.

Observation 110 : Rotky. — *Wiener Klin-Wochen*, 1912.

Femme de 40 ans. Malade depuis un mois; on porte le diagnostic de néphrite aiguë lorsqu'apparaissent, avec une température à 39°, des douleurs polyarticulaires. Déjà un an auparavant elle avait souffert d'une crise de rhumatisme.

A son entrée à l'hôpital son état est grave, d'allure septicémique, les mouvements sont impossibles : le poignet et la main gauches, les deux genoux, sont douloureux et rouges. Il existe des pertes vaginales brunâtres, fétides, l'orifice urétral est rouge, ses bords sont ulcérés.

L'hémoculture est négative.

Le décès survint après quelques jours.

A l'autopsie, à côté d'un épanchement séreux de la plèvre, du péritoine, du péricarde, et de lésions de néphrite hémorragique, on trouva un épanchement purulent au niveau des deux genoux, de la *hanche gauche*, du coude droit, et une péri-arthrite suppurée du gros orteil gauche. La synoviale de ces articulations est rouge, épaissie, les surfaces cartilagineuses sont dépolies.

Des examens bactériologiques furent pratiqués sur le pus prélevé dans les articulations, dans la trompe gauche, et au niveau du vagin : partout il contenait du gonocoque identifié par les cultures sur gélose-ascite.

L'examen histologique fut pratiqué seulement sur la synoviale du genou, du coude, et sur l'abcès du gros orteil; là encore on trouva de nombreux gonocoques dans les tissus.

Observation 111 : RUBINSTEIN. — *Therap. Monatshefte*, 1890.

Malade ayant présenté des douleurs intenses de la hanche droite avec grosse limitation des mouvements. Guérison par l'iodure de potassium.

Observation 112 : *Id.*

Malade de 30 ans. Blennorragique depuis 10 ans, ayant présenté des douleurs des deux hanches guéries par l'iodure de potassium.

Observation 113 : — *Id.*

Malade de 27 ans. Gonococcie depuis un an. Coxite droite à forme suraiguë avec frisson, température à 40°. L'extension ne calme pas la douleur. La guérison fut obtenue par l'iodure de potassium mais il subsiste un raccourcissement dû à une luxation, et de la limitation des mouvements.

Observation 114 : — *Id.*

Femme de 42 ans. Ayant présenté une annexite 3 mois après son mariage. Depuis un an elle souffre du genou droit et de la hanche droite, et marche en boitant. La luxation de la hanche est évidente et l'examen est très douloureux. L'iodure de potassium amena une amélioration nette.

Observation 115 : RUGH (TORRANCE). — *Therap., Gazette*, 1909 (voir p. 13).

Observation 116 : RYCKEWAERT. — *Thèse de Paris*, 1921 :

M^{lle} D..., 18 ans. Entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1920 pour douleur de la hanche droite accompagnée d'un engourdissement de la cuisse et d'une impotence fonctionnelle totale. La douleur qui depuis quelques jours prive la malade de sommeil siège principalement au niveau du grand trochanter, et au pli de l'aîne. Pas de rougeur, pas d'œdème, température oscillante entre 37°2 et 37°8.

Présente depuis 3 semaines environ, une blennorragie uréthrovaginale avec écoulements abondants, douleur à la miction.

Un examen du liquide vaginal est pratiqué le jour même; nombreux diplocoques en grains de café intracellulaires, polynucléaires très altérés.

2 décembre : apparition d'une douleur légère au coude et au poignet droits.

3 décembre : injection intraveineuse de 40^{cm³} de sérum antigono dans 400^{cm³} d'eau physiologique.

4 et 5 décembre : aucune amélioration du côté de la hanche. Les douleurs du coude et du poignet ont complètement disparu.

6 décembre : nouvelle injection de 30^{cm³} sans incident.

8 décembre : malgré une baisse légère de la température la malade se plaint d'une recrudescence de ses douleurs qui la nuit précédente l'ont empêchée de dormir. Nouvelle injection de 40^{cm³}. Frisson. Shock.

9 décembre : amélioration notable. La douleur de la hanche est moindre. La mobilisation reste très douloureuse.

14 décembre : L'état de la malade s'est brusquement aggravé. La température est de 38°5. La hanche est très douloureuse. Le genou droit est rouge, chaud, marbré de taches bleuâtres.

17 décembre : aucune amélioration des symptômes.

Douleurs du genou plus fortes. Épanchement intraarticulaire notable. Rachialgie, douleurs en ceinture, engourdissement de tout le membre inférieur droit. Légère escarre sacrée. Réflexes tendineux normaux. Incontinence des urines et des matières fécales.

22 décembre : injection de 60^{cm³} de sérum après injection préparante. Phénomènes de shock.

Le lendemain amélioration des symptômes généraux. L'incontinence des matières et de l'urine subsiste. *escarre sacrée et du talon*, pas de paralysie. Réflexes normaux. La hanche est beaucoup moins douloureuse, le genou est moins enflé.

31 décembre, 2 janvier, 10 janvier : injection de 30^{cm³} de sérum. Pas de réaction notable.

14 janvier : Les douleurs spontanées du genou et de la hanche ont disparu. La mobilisation de ces articulations reste difficile.

La malade présente des phénomènes de périphlébite au niveau de sa saphène. Immobilisation dans une gouttière ouatée.

22 janvier : injection de 30^{cm³} de sérum sans accident.

30 janvier : les douleurs de la hanche ont disparu. Le genou a retrouvé son aspect normal. La phlébite a disparu. Il subsiste une *raideur de la hanche* et du genou, nécessitant des exercices gradués. L'état de la malade est excellent. La température est redescendue à la normale.

Observation 117 : SCHERTLIN. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1911 (voir p. 122).

Observation 118 : SCHLAGENHAUFER. — *Verchow's Arch. f. pathol. Anat.*, 1908 (voir p. 118).

Observation 119 : SCHUMACHER. — *Deuts. Med. Wochen.*, 1912.

Un homme ayant eu une blennorragie 3 mois plus tôt, présente en même temps qu'une reprise de l'écoulement une douleur très vive de la hanche droite. 3 injections de gonargine amènent une diminution notable de la douleur, mais après quelques jours, la température s'élève, la douleur augmente de nouveau et une épididymite apparaît malgré les injections de vaccin dont l'action ne fut que transitoire.

Observation 120 : SCHÜSSLER. — *Thèse de Kiel*, 1912.

Femme, 16 ans. Ayant depuis 4 semaines des pertes purulentes. Depuis 3 semaines la hanche gauche est douloureuse. A l'examen, il y a des signes nets d'arthrite coxo-fémorale. La température est à 40°; malgré l'extension continue et la glace les phénomènes persistent. La ponction, négative au 12^e jour, évacue le 29^e jour un peu de liquide et on injecte dans l'articulation une solution phéniquée à 1 pour 100. A partir de ce moment la température baisse et la douleur diminue.

Après 2 mois d'extension on commence la mobilisation passive et on arrive à modifier un peu l'attitude vicieuse en adduction.

La malade est revue 9 ans plus tard; elle n'a plus présenté de phénomènes douloureux mais l'ankylose persiste.

Observation 121 : — *Id.*

Homme, 37 ans. Urétrite blennorragique depuis 1 mois. Depuis 2 jours douleurs de la hanche gauche et tuméfaction de la région inguinale, contracture légère en flexion, température à 39°8. On met un appareil à extension. Après quelques jours d'amélioration la douleur, la fièvre et la tuméfaction apparaissent de nouveau. La ponction est négative; puis peu à peu les phénomènes s'amendent et, après 6 semaines de traitement le malade marche à peu près normalement. Revu après 6 ans, il a une hanche mobile bien qu'il souffre encore de temps à autre.

Observation 122 : — *Id.*

Homme, 23 ans. Blennorragie il y a 3 mois; depuis 15 jours douleurs de la hanche gauche; attitude en flexion et abduction légère. La pression de la tête fémorale est douloureuse, la tuméfaction est nette, les mouvements de rotation sont très douloureux.

On pratiqua l'immobilisation à l'aide de sacs de sable, et on ajouta à ce traitement l'air chaud, les compresses humides, puis l'extension continue. Après 5 semaines, le malade quitta l'hôpital avec un appareil plâtré de marche.

Observation 123 : SCHWAB. — *Lancet*, 1927.

Jeune fille de 19 ans. Admise au Guy's Hospital le 3 septembre 1924. Elle a depuis 3 à 4 mois des pertes blanches abondantes qui n'ont pas été traitées; depuis 2 mois, elle souffre de la hanche gauche, et, malgré le repos au lit dans une gouttière aucune amélioration n'est survenue et actuellement le moindre mouvement cause une douleur intense. La leucorrhée persiste, peu abondante.

A son entrée, la malade présentait les signes typiques d'une luxation de la hanche gauche. L'état général est mauvais, avec température à 39°, pouls à 100. A l'examen de la vulve on note encore un degré marqué d'urétrite et de péri-urétrite. Le col utérin est à peu près normal, toute l'infection semble s'être localisée à l'urèthre et aux conduits glandulaires voisins. Les premiers prélèvements de pus ne permirent pas de déceler le gonocoque; des colonies de staphylocoques poussèrent seules. L'urine, recueillie par cathéter, ne contenait ni pus, ni gonocoques.

Sur une radiographie de la hanche on note une luxation en haut, et une érosion importante de la tête du fémur.

On plaça alors, sous anesthésie, un appareil de Thomas, et on appliqua le traitement habituel aux uréthro-vaginites.

Quelques jours après, la malade se plaint de vives douleurs dans le genou droit qu'on trouve augmenté de volume et de motilité nettement diminuée. L'examen radiographique y révèle de la raréfaction irrégulière des extrémités articulaires suggérant l'idée d'une arthrite infectieuse; il n'y a pas d'érosions des surfaces articulaires, ni, semble-t-il, du cartilage.

Une semaine plus tard la malade se plaint de douleurs du rein droit accompagnées de vomissements et d'hématuries. En même temps, l'état général s'aggrave; la température est élevée, le pouls à 120; pendant 3 jours les hématuries sont abondantes, au point que les mictions sont parfois purement sanglantes.

Deux spécimens des urines sont examinés, l'un clair, l'autre nettement sanglant;

tous deux contiennent des éléments du sang, de l'albumine (0,5, 50), et, pour l'échantillon d'urines claires des cellules de pus, et des cellules rénales indifférenciées.

Des prélèvements faits au niveau de l'urèthre montrent maintenant la présence de gonocoques. Les cultures n'en contiennent pas, et dans l'urine on ne parviendra à aucun moment, à trouver d'autres microbes que des staphylocoques blancs et dorés et des streptocoques.

Placée dans un appareil à extension continue, la malade fut de nouveau radiographiée un mois plus tard : il n'y a plus de luxation visible à cette date; les lésions sont celles d'une arthrite infectieuse avec érosion extensive du cartilage articulaire et de l'os sous-jacent.

La hanche s'améliora progressivement, et à la fin de l'année, la malade put marcher à l'aide de béquilles, avec un appareil de marche qui a remplacé l'appareil de Thomas. La vulvo-vaginite est en voie de guérison, il n'existe plus qu'un écoulement mucoïde peu abondant au niveau du col et des conduits des glandes périurétrales; on n'y trouve plus de gonocoques. La malade quitte l'hôpital vers la fin de janvier 1925 et ne suit plus alors que la consultation externe.

Pendant la durée de son séjour elle avait été traitée en outre par le manganèse colloïdal et par l'iode colloïdale, puis par l'huile de santal associée à la teinture d'hyosciamine en potion; elle reçut également une injection de vaccin antigonococcique qui ne fut pas répétée car on craignit que le vaccin ne fût responsable de l'exacerbation soudaine des phénomènes rénaux. Enfin, des pansements vaginaux au protargol et à la glycérine furent appliqués pendant toute la durée du traitement. Après l'ablation du plâtre on fit des massages réguliers.

À deux reprises on chercha à forcer sous anesthésie l'ankylose de la hanche et la raideur persistante du genou, mais une nouvelle radiographie faite en décembre 1925 montra qu'il existait une ankylose osseuse de la coxo-fémorale, à côté de lésions d'arthrite ancienne; il n'y a pas d'évidence de lésions infectieuses en activité; le genou semble normal à l'exception de lésions atrophiques dues sans doute à l'immobilisation.

Revue dans le courant de l'année 1926, la malade est en bon état, les prélèvements cervicaux et urétraux ne contiennent pas de gonocoques; en septembre, elle est considérée comme guérie et marche très bien malgré l'ankylose de sa hanche; le genou peut être fléchi à angle droit. Depuis lors elle s'est mariée, va bien, et dit pouvoir faire à pied une distance de 1 mille environ sans fatigue.

Observation 124 : SELLEI. — *Mediz.-Klinik*, 1911.

Un homme de 35 ans. Présenta en 1906 en même temps qu'une urétrite blennorragique une arthrite des deux genoux qui dura plusieurs semaines. En 1908, à l'occasion d'une nouvelle poussée d'urétrite, il eut une arthrite du pied et de la hanche droite qui ne guérit jamais complètement. Six injections de vaccin antigonococcique amenèrent la guérison.

Observation 125 : SILBERSTEIN. — *Zeits. f. Orthop. Chir.*, 1905.

Femme de 28 ans. Début brusque avec frisson, céphalée, élévation de la température à 40°8. Les dernières règles datent de 3 mois et depuis quelques temps la malade a ressenti quelques malaises, de la fatigue généralisée et des douleurs dans les deux chevilles, le cou, le genou droit et la hanche droite.

Devant la grossesse certaine, les signes généraux intenses et des douleurs mal localisées dans la région du bas ventre, le médecin traitant ne pense qu'à une fausse couche imminente et s'empresse de provoquer l'avortement au moyen d'une injection intra-utérine.

Le lendemain, la température est toujours à 40°1, en même temps qu'il y a des

douleurs vives au niveau du poignet gauche, puis au genou gauche, main droite, épaule droite, et au quatrième jour à la hanche gauche où l'affection va s'établir définitivement alors qu'elle régresse aux autres articulations.

Au 9^e jour, la température commence à baisser, mais ce n'est qu'après 4 semaines que la douleur de la hanche a diminué et il a fallu par la suite une mobilisation énergique pour lutter contre l'ankylose.

Observation 126 : SINGER. — *Wiener Kl. Rundschau*, 1902.

Jeune fille de 25 ans, qui entre le 26 septembre 1895 pour des douleurs brutales du genou gauche. A l'inspection pas de signes, de plus les mouvements sont libres, pas d'épanchement, aucun signe objectif.

Par contre, au niveau du grand trochanter, région très douloureuse à la palpation. Aux mouvements passifs le bassin est entraîné très rapidement.

Température 37°5. La vulve, le vagin ont une muqueuse rouge et suintante, pertes purulentes, urétrite avec quelques gonos.

Diagnostic : coxite gonococcique.

30 septembre : hémoculture négative.

14 octobre : les mouvements ont reparu, sont très améliorés; on comprend qu'étant donnée la localisation de la métastase à la hanche, si profondément située, on n'ait pas osé faire de ponction.

Observation 127 : SONNENBURG. — *Berliner Klin. Wochen.*, 1886.

Arthrite blennorrhagique coxo-fémorale ayant débuté 15 jours après l'apparition de l'urétrite et ayant entraîné de grosses lésions articulaires. Résection de la hanche. Dans la tête fémorale à demi détruite j'ai pu mettre en évidence le gonocoque lui-même.

Observation 128 : SOUPLET. — *Thèse de Paris*, 1892-1893.

J. Mc. N..., 25 ans, reçu le 4 septembre 1889. Douleurs sourdes à la coxo-fémorale et à la malléole gauches. Écoulement purulent de l'urèthre.

Il y a 2 ans, blennorrhagie avec douleurs dans cheville gauche.

Il y a 3 mois, nouvelle chaudepisse suivie de douleurs articulaires. Cheville gauche douloureuse 1 semaine après l'apparition de l'écoulement. Puis ophtalmie blennorrhagique. En 5 semaines œil guéri, mais écoulement pas tari.

Il continuait à souffrir de douleurs articulaires vagues une quinzaine de jours avant son admission quand sa coxo-fémorale gauche commença à devenir très douloureuse.

Au commencement de la chaudepisse, orchite.

Pas de fièvre. Vives douleurs dans la coxo-fémorale. Gros écoulement urétral.

Observation 129 : SPENCER (de Londres). — *Semaine Médicale*, 1894, p. 264.

Femme chez laquelle on avait d'abord supposé un rhumatisme, puis une paramétrite à cause de l'existence de douleurs intenses au niveau de la région inguinale gauche. J'ai constaté chez elle des signes non équivoques d'une arthrite septique de la hanche, du genou et de la tibio-tarsienne gauches ainsi que la présence d'un écoulement vaginal.

Observation 130 : STIMSON. — *New-York Med. Journ.*, t. 1, janvier 1884, p. 19.

Femme de 37 ans atteinte de rhumatisme en décembre 1882. L'histoire de la maladie est obscure mais la malade dit que *plusieurs articulations furent prises*, qu'elle fut malade pendant longtemps et que la difformité a dû apparaître au plus tôt au mois

d'avril. Elle vint l'été dernier au Bellevue Hospital où elle est vue en septembre par le Dr Stimson qui reconnut une luxation en *arrière* de la hanche.

Observation 131 : TEDESCO. — *Wiener Med. Wochen.*, 1923.

Femme, 20 ans. Atteinte de coxite gonococcique double très douloureuse avec température sub-fébrile. La méthode de Bier et le salicylate étant demeurés sans effet on fit 4 injections d'Arthigon qui amenèrent la guérison.

Observation 132 : TRACOU et BUE. — *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1892.

Eug. D..., âgée de 21 ans, servante à Lille, entre à la Charité le 26 décembre 1890.

Enceinte de 8 mois, sous l'action d'un refroidissement contracté pendant une lessive, douleurs dans les membres inférieurs, particulièrement le genou droit, le côté gauche fut pris à son tour et surtout la *coxo-fémorale*.

Fièvre pendant 4 jours avant l'entrée.

Articulations presque toutes atteintes.

Leucorrhée assez abondante, douleurs en urinant.

Au point de vue blennorrhagique les liquides uréthral et vaginal ont donné un résultat négatif.

Accouchement normal, les arthrites persistent encore et ne s'amendent que le 1^{er} février.

L'enfant, 15 jours après sa naissance donnait des signes de douleur non douteux quand on lui remuait le bras gauche et bientôt ce membre se gonfle fortement. Il restait immobile et aucune réaction de la part de l'enfant ne se produisait quand on lui prenait la main gauche, ce qui n'avait pas lieu au membre droit qui était fort et vigoureux. Ces douleurs sont probablement de nature blennorrhagique et ce qui tend encore à le démontrer c'est que bientôt elles quittèrent le membre supérieur gauche pour gagner le membre inférieur du même côté. Ce fut le genou qui gonfla tout d'abord et devint douloureux. Cet état persiste quelques jours et le rhumatisme gagne le cou-de-pied et s'y localise pendant quelques jours.

Observation 133 : TRÉLAT. — *Gazette des hôpitaux*, 1882.

Femme de 47 ans, chez qui nous trouvons bien une *coxalgie rhumatismale*. Elle est malade depuis 2 mois et souffre de douleurs dans le genou, pour lesquelles on lui a appliqué successivement des sangsues et des vésicatoires. Son attitude dans laquelle elle est comme figée, est caractérisée par une sorte de distension du bassin avec adduction très forte de la cuisse, la hanche gauche remontée, la cuisse très fléchie et le pied dans une demi-extension.

Elle était auparavant bien portante et vaquait facilement à toutes les nécessités de la vie. Son âge, 47 ans, l'absence de tous antécédents, le début récent du mal, ses principaux caractères et la déformation à laquelle il donne lieu, indiquent parfaitement que la lésion ne saurait remonter à l'époque de formation du squelette, qu'elle n'est pas une arthrite subaiguë ancienne.

C'est donc bien là une *coxalgie rhumatismale* à endormir pour redresser le membre et le placer dans une gouttière. C'est en effet ce que j'ai fait hier, et l'événement a justifié la vérité du diagnostic. Sous l'influence du chloroforme, la raideur du membre a été vaincue avec la plus grande facilité et nous avons senti quelques craquements périarticulaires dus aux petites ruptures que nous produisions et des craquements articulaires (c'est bien le mot) pendant que la tête roulait dans la cavité cotyloïde sans aucun tressaut de cette tête.

La malade a été placée dans une gouttière, n'ayant plus alors que 1^{re} à peine d'un

raccourcissement contre lequel nous allons lutter en attachant à l'extrémité les poids nécessaires.

Observation 134 : UHLE et MACKINNEY. — *J. Am. M. Ass.*, 1908.

Homme atteint de blennorrhagie 10 ans auparavant et ayant présenté de nombreuses rechutes. L'épisode actuel date de 3 semaines, l'écoulement urétral contient des gonocoques. Il souffre de la hanche droite et marche avec difficulté; les signes locaux sont peu marqués. Malgré 6 injections de sérum antigonococcique, les douleurs persistent aussi vives et l'écoulement est toujours riche en gonocoques bien que son abondance ait diminué.

Observation 135 : ULLMANN H. — *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1901.

A. R., 26 ans.

Fin février 1900 : blennorrhagie.

Le 22 mars : frissons et le jour suivant douleurs articulaires, épaule, coude et poignet gauches. De la même manière le lendemain aux articulations du bras droit. Au cours des jours suivants disparition des douleurs aux bras, elles se limitent d'une manière particulièrement violente à l'articulation coxo-fémorale gauche.

Examen. — Muqueuses décolorées. Température 38°, 8.

Le membre inférieur gauche est légèrement fléchi et l'articulation de la hanche en rotation externe, ce qui est la position la moins douloureuse. Par suite de la douleur les mouvements actifs ne peuvent être faits; les mouvements passifs exagèrent énormément les douleurs, de même la pression sur la région articulaire. Il n'y a pas de gonflement périarticulaire.

Dans l'urèthre à la pression une goutte de pus (gonocoques).

15 avril : apparition passagère de douleur et de tuméfaction aux deux genoux. Particulièrement sensible est l'articulation de la hanche gauche et son voisinage. Le sciatique gauche est douloureux.

Température irrégulière élevée.

Dans la seconde moitié d'avril frissons. Pouls fréquent.

Les douleurs du membre inférieur gauche non modifiées, à la région antérieure de la hanche gauche tuméfaction nette. A la face palmaire de la main droite, à la région des tendons des troisième et quatrième fléchisseurs il s'est produit une rougeur de la tuméfaction et de la chaleur, qui au bout d'une semaine ont spontanément régressé.

Au cours du mois de mai, température irrégulière élevée, avec frissons. Anémie grave. Vomissements, diarrhée, ictère grave.

Souffle diastolique à l'aorte, systolique à tous les orifices. Pouls très petit et mou. Traces d'albumine dans l'urine. Mort 31 mai.

Autopsie. — Blennorrhagie. Endocardite ulcéreuse aortique récente. Péricardite hémorragique récente. Hypertrophie splénique. Hypertrophie des reins. Néphrite parenchymateuse. Gastro-entérite chronique et catarrhale récente. Embolies des reins.

Coxite hémorragique gauche. — L'articulation coxo-fémorale gauche présente un œdème marqué et des hémorragies de la synoviale; de même le tissu périarticulaire est légèrement œdématisé.

En résumé : septicémie à la suite d'une blennorrhagie. Six semaines après l'infection, douleurs articulaires, se manifestant sous le tableau d'une polyarthrite rhumatismale aiguë, qui se localisa dans la hanche gauche, persistant malgré tous les traitements. En outre s'associe une sciatique gauche, une inflammation des gaines synoviales de la main droite et 9 semaines après l'infection une endocardite maligne à l'aorte ayant donné lieu à de l'insuffisance cardiaque.

Pas de suppuration métastatique. Deux infarctus du rein droit.

Observation 136 : UNGER. — *Deutsche Med. Wochen*, 1901.

Un jeune homme de 18 ans, en plongeant dans une piscine, heurte de la hanche droite un escalier de pierre. Il rentre à pied chez lui malgré une douleur vive et présente peu après une tuméfaction marquée de la région coxo-fémorale avec élévation thermique à 40°. Il n'y a ni luxation, ni fracture, et on croit à une ostéomyélite. La ponction de la hanche ramène un peu de sang.... L'examen révéla de plus, chez ce sujet, hypospade, un écoulement urétral purulent riche en gonocoques, et, malgré une deuxième ponction de la hanche sous anesthésie qui fut négative, on porte alors le diagnostic de coxite gonococcique et on pose un appareil plâtré qui atténue rapidement les phénomènes locaux.

Le température revint peu à peu à la normale, lorsque, après 6 jours d'apyrexie, et cela 39 jours après le traumatisme initial la fièvre apparut de nouveau ainsi qu'une tuméfaction douloureuse du poignet droit et du cou-de-pied droit. En même temps on constata l'existence de quelques phénomènes cardiaques et l'hémoculture fut positive. Après quelques semaines, le malade, amélioré, quitta l'hôpital.

Observation 137 : VACHÉE. — *Thèse de Paris*, 1868 (voir p. 83).

Observation 138 : VERNEUIL. — *Soc. de chir.*, 1883 (voir p. 112).

Observation 139 : — *Id.*

Un homme d'une trentaine d'années, grand, d'apparence très robuste, entra dans nos salles pendant la convalescence d'une attaque de *rhumatisme articulaire* aigu qui avait été soignée en ville. La fièvre, les accidents aigus avaient disparu peu à peu, mais l'articulation coxo-fémorale gauche était restée seule très douloureuse, jusqu'au jour où la sensibilité avait cessé brusquement en même temps que le membre inférieur se déformait et devenait impotent. Le sujet m'avait été envoyé pour une coxalgie rhumatismale. Non seulement je reconnus sans peine une luxation de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe avec la déformation correspondante du membre, mais encore je déduisis du rhumatisme antérieur et de la production récente du déplacement (quelques jours à peine) qu'il s'agissait d'une pure lésion des parties molles sans dégradation osseuse, ni suppuration, et facilement, je conclus à la possibilité d'une réduction. Le chloroforme étant administré, il fut possible sans peine de remettre la tête osseuse dans sa cavité, et de rétablir instantanément la symétrie des membres. Le malade fut placé dans une gouttière de Bonnet où l'immobilisation suffisamment prolongée compléta la guérison.

Observation 140 : VERNEUIL. — *France Médicale*, t. II, 1883, p. 644.

Une femme jeune et de bonne constitution se présenta à la consultation. Elle boitait fort, se plaignait de douleurs particulièrement violentes au niveau de la hanche droite. Je lui fais une prescription. Mais comme la patiente avait beaucoup souffert pour venir de son domicile à l'hôpital, elle me pria de la soigner chez elle. Elle demeurait tout près de la Pitié. La malade était femme d'un petit horticulteur; elle travaillait constamment au grand air, et c'était à la suite d'un refroidissement qu'avait éclaté l'attaque de rhumatisme articulaire aigu qui avait amené cette femme à réclamer nos soins.

Cette attaque fut intense; mais comme je l'ai déjà dit, les douleurs se fixèrent surtout à l'articulation coxo-fémorale droite. Indépendamment du traitement général, je fis appliquer des sangsues; tout cela sans effet, et nous étions au quinzième jour de la maladie quand tout à coup les douleurs de la hanche cessèrent presque complètement. C'est pourquoi nous crûmes à la guérison prochaine. Au bout de quelques jours en

effet la malade se leva mais elle boitait plus que jamais et pouvait à peine faire quelques pas. Je lui conseillai l'usage des béquilles, à leur aide la marche fut possible. Un jour, assez longtemps après la cessation du rhumatisme, j'examinai la hanche et ne fus pas surpris de constater une déformation considérable de la région et de tout le membre avec déplacement de la tête fémorale. Dans un dernier examen que je fis 10 ans au moins après la luxation, je reconnus plus distinctement que jamais la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, recouverte par les muscles fessiers notablement amincis et atrophies.

Observation 141 : VOELKER. — *Thèse de Paris, 1868.*

Joseph X..., âgé de 21 ans, domestique. Pâle, tempérament lymphatique prononcé. Constitution moyenne. Bonne santé habituelle.

Père rhumatisant, mère bien portante.

Le 13 novembre 1867, ce malade me fait demander en toute hâte pour lui calmer les vives douleurs qu'il éprouve dans la région fessière et inguinale gauche. Me rendant à sa demande, je le trouve en proie à de grandes souffrances qu'il croit devoir rapporter à une atteinte rhumatismale, son père en étant assez fréquemment affecté. Cependant le calme du poulx, l'absence de rougeur, de chaleur et de tuméfaction au point douloureux, me mettent en garde contre son assertion. Il n'a jamais eu de rhumatisme, il ne s'est pas exposé à l'humidité ou à un refroidissement soit subit, soit permanent; il n'a pas reçu de coup, n'a point fait de chute et ces accidents douloureux n'en sont pas moins survenus subitement avec une intensité très grande. Tout mouvement volontaire de flexion ou d'extension est impossible : si l'on en provoque on détermine une vive douleur. Le pli fessier est moins prononcé à gauche qu'à droite, et, aussi bien en arrière qu'en avant de cette articulation il semble qu'il y ait un certain empâtement que le teint mat de la région rend plus sensible.

En présence de ces éléments divers je songeai à la blennorrhagie.

Interrogé sur ce point, j'apprends en effet que depuis 3 semaines il a une blennorrhagie, mais qu'en ce moment elle a presque disparu : c'est le motif de son silence.

Le malade a déjà eu 3 chaudepisses, une à 18 ans qui a duré 8 jours et qui a disparu par l'usage de quelques tisanes émollientes; une à 19 ans, qui a persisté 3 semaines et a cédé à de semblables moyens; une autre à 20 ans qui a résisté un mois. Jamais d'orchite, jamais d'arthrite ou autre complication.

Actuellement l'arthrite est survenue le 9 novembre 1867 sans cause connue : la douleur ne l'a empêché de travailler que le 12, et le 13, il lui est impossible de se lever tant est vive la souffrance.

Le 14 : la douleur qui avait été surexcitée par le baume opodeldoch a été calmée par de simples frictions avec du cérat laudanisé; le malade a gardé le repos au lit, l'articulation fémorale gauche enveloppée d'ouate et de toile gommée.

Diète, tisane laxative, repos absolu au lit.

Le 15 : amélioration telle, que le malade remue la jambe, le sommeil est revenu, empâtement léger au pli de l'aîne, pas de chaleur à la peau, pas de fièvre, pas de souffle au cœur. Repos au lit, bouillon, potage, bordeaux, tisane de chiendent, et graine de lin, onction avec cérat laudanisé, ouate et toile gommée.

Le 20 : toute douleur a disparu, les mouvements sont faciles, on peut indifféremment produire l'extension, la flexion, etc., on ne sent pas de frottement articulaire, ni de immobilité anormale. Il reste un peu de faiblesse dans le membre, l'écoulement augmente. Le malade va se lever, mais il reste ouaté. Cubèbe 10^g.

15 décembre 1867 : l'écoulement quoique diminué persiste encore, miction facile, indolore; urines claires. Injection au sulfate de zinc, vin de quinquina, nourriture; azotée.

Le 20 : l'écoulement disparaît, le malade est toujours pâle et faible; il va se tonifier et respirer l'air de la campagne.

A l'avenir, il tâchera de se mettre à l'abri de toute atteinte articulaire.

Observation 142 : — *Id.*

Le 17 décembre 1867, entre un malade adressé par M. J. Cloquet, et dont le membre pelvien a au moins le double du volume normal.

X..., 35 ans, d'une taille élevée et d'une constitution robuste, mais il est pâle et lymphatique. Il a déjà éprouvé à plusieurs reprises des attaques de rhumatismes bien que ses parents ne soient pas sous l'influence de cette diathèse.

Atteint une première fois de blennorrhagie, il y a 2 ans le malade a ressenti à sa suite de vives douleurs musculaires dans les lombes et les bras; elles ont cédé par le repos et la chaleur.

Au mois de juin dernier, sciatique qui dure jusqu'au 10 octobre 1867.

Malheureusement pour le malade, Vénus le surveillait, il fut doté d'une *blennorrhagie qu'il reçut le 2 novembre* 1867 assez abondante tout d'abord, elle se supprima presque entièrement sous l'influence immédiate d'une injection. Huit jours après, l'écoulement paraissait à l'état de goutte matinale, les douleurs vives se font de nouveau sentir dans la cuisse gauche, le long du nerf sciatique principalement. La fièvre s'allume, l'appétit se perd, l'insomnie survient et alors le malade se décide le 17 décembre à entrer dans le service de M. Demarquay.

17 décembre : la cuisse gauche est énorme; elle a à sa partie supérieure, un tel volume qu'elle fait suite avec le bassin sans ligne de démarcation; son augmentation est telle, qu'au premier abord, sans voir la naissance de l'autre cuisse, on croirait que le corps se continue et que le membre pelvien prend naissance beaucoup plus bas.

Un œdème considérable entoure le bassin, les lombes et la cuisse jusqu'au genou. A partir de là la jambe se termine en pointe et paraît fusiforme. La douleur est vive à la pression, surtout au niveau du grand trochanteret de l'articulation coxo-fémorale. Tout mouvement est impossible dans ce point et les fonctions du membre sont abolies. Insomnie, inappétence, fièvre légère, malaise général. On enveloppe le membre d'ouate après l'avoir oint de baume tranquille laudanisé. On recouvre avec de la toile gommée. Bordeaux 250%, 2 degrés.

Le 20 : le même état s'est maintenu; le diagnostic un instant suspendu est éclairé par M. Cloquet qui soupçonne une arthrite coxo-fémorale gauche; il est surpris de ne pas constater en outre un peu de phlébite

Le 23 : en pressant à la partie interne de la cuisse, on sent rouler sous le doigt un cordon dur et douloureux à la pression, c'est la veine fémorale indurée; surtout sensible à la partie supérieure de la cuisse. Frictions sur la cuisse avec de la teinture de digitale 2 fois par jour; épaisse couche d'ouate autour du membre.

Le 27 : le volume de la cuisse est toujours le même; celui de la jambe semble augmenté, cependant les douleurs y sont moins vives; quelques mouvements provoqués sont possibles dans l'articulation coxo-fémorale gauche; toute mobilité est impossible dans la jambe du même côté où la douleur semble s'être concentrée surtout au niveau des articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne.

3 janvier 1868 : l'œdème du membre a peu à peu disparu, à commencer par le haut de la cuisse. Aujourd'hui il en reste encore un peu à la région malléolaire; plus de douleur; appétit, sommeil.

Le 8 : le mieux allait croissant, le malade se disposait à se lever, quand hier soir il a été pris de frissons et de fièvre. Ce matin le pouls est encore vif, accéléré. Il n'y a plus rien cependant à la jambe gauche, qu'un peu de desquamation furfuracée en certains points. Mais le malade se plaint d'une douleur erratique et intermittente dont le

maxima d'intensité siège au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Rien aux autres organes :

Le 10 : un œdème considérable s'est depuis 2 jours montré au côté droit du malade; il a envahi les régions fessière, iliaque, lombaire et crurale du côté droit; le volume du membre pelvien par suite a considérablement augmenté. La douleur est vive au niveau de l'articulation surtout.

L'appétit est revenu, l'état général est bon.

Enveloppement épais d'ouate sur le membre enduit de teinture de digitale.

Les jours suivants les mêmes phénomènes que ceux observés au membre gauche se passent du côté droit; cordon dur de la veine saphène aussi sensible qu'à gauche. Marche de l'œdème semblable et l'on voit peu à peu la maladie marcher graduellement, atteindre son summum d'intensité, diminuer ensuite, tout comme l'avait fait le côté gauche.

Le traitement a été aussi simple que la première fois et le 3 février, le malade sort guéri.

Observation 143 : WALTHER. — *Boston M. and S. J.* 1914 (voir p. 49).

Observation 144 : WEIFSER (1894). — Cité par CHADWICK, *Boston M. and S. J.*, 1895.

Coxite à la suite d'une blennorrhagie.

Une ponction de l'articulation suivie de culture du liquide sur gélose au sérum montra la présence de gonocoque que l'on peut réensemencer sur le même milieu. Une culture faite sur gélose à la glycérine poussa moins facilement et ne put être repiquée.

Observation 145 : ZIGLER. — *Médical Record*, t. II, 1910, p. 675.

Femme de 30 ans. Mariée il y a 3 ans. Après la naissance de son premier enfant, cystite purulente et 10 jours après douleur et impotence fonctionnelle des deux mains, des deux poignets, des deux épaules et de la hanche gauche.

Mise au traitement antirhumatismal pendant 4 mois : son état empire.

Zigler qui la voit alors lui fait prendre pendant 3 mois de l'aspirine, du salicylate de soude et de l'iodure de potassium en y joignant un traitement électrique. Le résultat est nul.

Revue seulement 4 mois après. Zigler pose le diagnostic d'arthrite gonococcique et la met alors aux injections de sérum antigonococcique à toutes petites doses (2^{me}). Amélioration dès la quatrième piqûre et après 20 injections réparties en 7 mois elle est complètement guérie.

Observation 143 : ZWICKER. — *Forts. a. d. Gebiete d. Röntgenstr.* 1927 (voir p. 127).

OBSERVATIONS D'ENFANTS.

Observation 147 : ARMAND et MOUMONT. — *Thèse Médicale Bordeaux*, 1896-1897

Née le 27 octobre 1896, entre le 2 janvier 1897 pour ophtalmie purulente de l'œil gauche.

25 janvier : arthrite genou droit, ponction, liquide louche avec gonocoques.

27 janvier : articulations épaule gauche et hanche gauche tuméfiées et peau rosée à leur niveau. Pas d'épanchement.

Résolutifs sur les articulations. Gouttière de Bonnet

Meurt brusquement le 29.

Autopsie. — Rien du côté hanche et épaule.
Pus dans le genou avec gonocoques.
Sang du cœur, culture négative.

Observation 148 : BAZY et CAPETTE. — *Bull. Soc. Chir.* 1921 (voir p. 142).

Observation 149 : COOPERMANN (1). — *Am. J. of Dis. of Children*, 1927 (voir p. 99).

Observation 150 : DREHMANN. — *Zeits. f. Orthop. Chir.*, 1904 et 1905 (voir p. 164).

Observation 151 : GRIFFON. — *Presse Médicale*, 1896, p. 88.

L'enfant Mopin Marguerite, née le 11 août 1895, entre le 2 septembre à l'hôpital, service de M. de Saint Germain suppléé par M. Brun. Sa mère partie pour la campagne ne peut nous faire connaître les commémoratifs, mais la personne qui l'a amenée sait pertinemment que la mère a une leucorrhée ancienne, que l'accouchement a été laborieux, qu'on a même été contraint de recourir au forceps.

La sage-femme s'est aperçue dès les premiers jours que les yeux étaient remplis de pus, on s'est contenté de lavages avec une solution d'acide borique.

A son entrée l'enfant présente une ophtalmie purulente double. La conjonctive est rouge, non boursoufflée : l'écoulement peu abondant est séreux, jaunâtre avec quelques grumeaux et filaments blanchâtres. Les lésions cornéennes sont évidentes et avancées. Il y a de chaque côté perforation de la cornée et présence de pus à la partie inférieure de la chambre antérieure.

Il y a en outre de la vulvo-vaginite : la vulve est rouge, les petites lèvres sont tuméfiées, l'écoulement est abondant surtout le matin.

Le 3 septembre : on remarque que l'enfant n'étend pas la cuisse droite et se plaint lorsqu'on remue le membre.

Le 4 septembre : le poignet droit augmente de volume.

État actuel. — 5 septembre : température le matin 36°.

Outre une petite hernie ombilicale, sans importance, l'enfant présente des lésions au poignet et à la hanche du côté droit.

Poignet droit. — La main est fléchie sur l'avant-bras. Toute la région du poignet est tuméfiée, arrondie, sans changement de coloration de la peau, sans élévation locale de la température. La face dorsale de la main est œdématisée, les veines sous-cutanées y sont très apparentes. Les mouvements imprimés à l'articulation radio-carpienne arrachent des cris à l'enfant.

Hanche droite. — La cuisse est très fléchie sur l'abdomen ; lorsqu'on tente de la défléchir, on provoque des cris et l'on est bientôt arrêté par la contraction des muscles fléchisseurs de la cuisse.

La jambe est fléchie sur la cuisse mais on peut la défléchir sans arriver cependant à l'extension complète.

La région fessière est arrondie, globuleuse : la hanche à la forme dite en « gigot » on sent manifestement que la synoviale est distendue par un épanchement et même il est possible de déceler de la fluctuation en arrière du grand trochanter :

Pas de rougeur de la peau, pas d'hyperthermie locale.

Au lit l'enfant ne se plaint pas. Elle boit régulièrement son lait et n'a pas de diarrhée. Cependant les selles sont un peu verdâtres.

Température vespérale 36°3.

6 septembre : température le matin 36°6.

(1) L'histoire des autres petits malades de Coopermann n'a pas été publiée séparément.

La tuméfaction de la hanche droite a diminué. Il est difficile aujourd'hui de percevoir la fluctuation.

L'œdème du poignet est moins accusé. On immobilise l'articulation radiocarpienne droite dans un appareil composé d'attelles, etc.

Diarrhée verte depuis ce matin.

Température le soir 37°.

Poids de l'enfant 2 kg, 370.

7 septembre : température 35°5.

La hanche droite reste globuleuse. De plus on note une rougeur légère des téguments et une petite élévation de la température locale.

La diarrhée persiste, 10 selles vertes dans la journée.

Température le soir 38°.

8 septembre : température 36°.

Même état local. Le poignet est moins tuméfié, mais est toujours fléchi et douloureux. La peau de la région fessière n'est pas œdématiée; elle glisse facilement sur les plans profonds, elle est seulement un peu rouge.

L'état général est plutôt amélioré. Il n'y a plus de vomissements. Ce matin l'enfant a eu une selle moins verte, presque jaune; 5 selles dans la journée. Température 37°, 5. Poids 2 kg, 380.

9 septembre : l'amélioration continue. Température matinale 37°, 5; 4 selles dans les 24 heures. Température le soir 37°, 3.

10 septembre : poids 2 kg, 350. Température 36°, 2. 5 selles, 5 vomissements. Température le soir 39°, 5.

11 septembre : température 35°, 9. 3 selles et a vomi 2 fois. Température vespérale 36°, 5.

12 septembre : température matinale 36°. Poids 2 kg, 110.

L'enfant dépérit rapidement. Sa peau se ride, se plisse sur ses membres. Elle vomit fréquemment, a de la diarrhée persistante. Les sécrétions paraissent taries; à peine trouve-t-on entre les paupières quelques filaments blanchâtres. La vulve reste rouge, mais l'écoulement a presque cessé.

Le poignet est déformé mais moins tuméfié. La main pend inerte légèrement fléchie sur l'avant-bras.

Les synoviales tendineuses des muscles extenseurs et fléchisseurs sont distendues, surtout au niveau de la gouttière verticale creusée en arrière de l'épiphyse inférieure du cubitus entre la tête de l'os et l'apophyse styloïde, par le tendon du muscle cubital postérieur; en ce point est une petite tumeur arrondie, fluctuante, faisant corps avec le plan profond, la peau restant intacte et mobilisable.

Quant à la hanche, elle donne toujours l'impression que la synoviale est distendue sans qu'il y ait de véritable empatement périarticulaire. La peau glisse sur les plans profonds; elle présente toujours une légère rougeur. La cuisse reste fléchie, mais la flexion extrême est impossible, l'abduction est très limitée. Température 35°5.

13 septembre : état grave. Température matinale 36°. 5 selles et 1 vomissement. Température vespérale 37°3.

14 septembre : arrêt de toutes les sécrétions.

L'enfant ne boit plus. Elle maigrit, elle fond effroyablement vite. Température 37°.

L'enfant s'agite par instants; elle n'a même plus la force de crier; elle s'éteint à 6^h du soir.

Autopsie. — 15 septembre : 24 heures après la mort. (Résumée).

Poignet droit. — Les lésions sont surtout périarticulaires : ce sont les gaines des tendons extenseurs qui paraissent envahies jusque sur le dos de la main, tandis que l'articulation radiocarpienne est relativement indemne.

Hanche droite. — Du côté de la hanche les lésions sont entièrement articulaires.

La capsule est ouverte par sa face postérieure après qu'on a successivement incisé les muscles fessiers et pelvi-trochantériens. Même précaution pour l'ouverture de la cavité articulaire que pour le poignet, c'est-à-dire incision de la synoviale avec un bistouri stérilisé.

Il sort un pus abondant, très épais, blanc visqueux avec quelques grumeaux plus compacts, filants.

Les tissus périarticulaires paraissent sains. L'articulation une fois vidée de son contenu, on inspecte les surfaces articulaires. Elles ont conservé leur aspect poli, en aucun point on ne voit d'ulcération du cartilage. La synoviale est lisse, non injectée. Le ligament rond est partiellement détruit. Les quelques lymphatiques dont est tributaire la région ne sont pas hypertrophiés. Il n'y a pas de rupture de la capsule articulaire, ni de fusées purulentes, disséquant les masses musculaires voisines.

Les autres articulations sont saines.

Viscères : Cœur normal. L'Endocarde ne présente aucune altération valvulaire ou pariétale.

Autres viscères sains.

Ex. bactériologique. — Pendant la vie.

Le 5 septembre, percevant de la fluctuation en arrière du grand trochanter on tente une ponction de la hanche. *Asepsie rigoureuse.* — Aspiration de 0^{cm} 25 de liquide louche séro-purulent.

Liquideensemencé sur gélose ascite.

Lames : leucocytes nombreux et quelques gros diplocoques entre les cellules ou dans leur intérieur; mais ceux-ci ne sont pas disposés en amas véritables et il est impossible de dire s'il s'agit là de gonocoque. Dans le pus des 2 yeux on perçoit des leucocytes farcis de diplocoques. Il s'agit bien de gonocoques. Ensemencement sur gélose ascite. Pus de la vulvite : gonocoque.

Le lendemain 6 septembre les cultures sont positives. En ce qui concerne le liquide articulaire le tube de gélose additionné de liquide ascitique présente une colonie blanche à la surface et le liquide du fond de ce tube est manifestement trouble.

On ensemence sur un nouveau tube. Les cultures prouvent le lendemain être du staphylocoque blanc.

8 septembre : hémoculture. Ensemencement sur gélose glycinée. Lames de sang dont les examens répétés révèlent l'absence de tout microbe.

9 septembre et jours suivants : rien n'a poussé sur les tubes ensemencés avec le sang de l'enfant.

A l'autopsie. — Examens directs. Ensemencements sur milieux spéciaux.

Poignet — Examen des lames après colorations diverses. — Nombreux gonocoques. Cultures : rien que du staphylocoque blanc.

Hanche. — Examens des lames : Mêmes données que pour le poignet : Globules de pus très abondants à noyaux bosselés, à protoplasme souvent semé de diplocoques qui ont tous les caractères du gonocoque; les amas qu'ils forment ne sont pas très confluents. Entre les leucocytes quelques gonocoques isolés mais pas d'autres microbes; toutes les préparations sont entièrement décolorées si l'on fait la réaction de Gram.

Culture. — 3 tubes : agar sang humain, agar ordinaire frais, sérum de bœuf. Staphylocoque blanc.

Sang du cœur : deux tubes sont demeurés stériles, jetés le 20 septembre.

Observation 152 : GRISEL. — *Revue d'Orthopédie*, 1910 (voir p. 99).

Observation 153 : GUNSBERG. — *Monatsch. F. Kinderheilk*, t. 35, 1927, p. 486.

Fille de 18 jours, qui dans les quelques jours qui suivirent sa naissance présenta une

ophtalmie purulente intense. Au sixième jour de la vie elle est admise à l'hôpital et on porte le diagnostic de conjonctivite gonococcique vérifiée par l'examen bactériologique.

Au 17^e jour de la vie, gonflement et rougeur au niveau de la hanche gauche avec attitude scoliotique du rachis. L'extension et l'abduction du membre sont impossibles, très douloureuses. La ponction ramène un liquide sanguinolent, purulent, dont le simple étalement révèle la richesse en gonocoques.

L'enfant fut traitée par l'arthigon; le gonflement diminua peu à peu et aujourd'hui, après 3 mois, l'aspect de l'articulation est normal; les mouvements ne sont plus qu'à peine limités.

Par ailleurs existait une vulvo-vaginite intense, elle aussi riche en gonocoques, qui a très bien guéri par les grands lavages au permanganate de potasse.

Observation 154 : HALLÉ. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1900 (voir p. 100).

Observation 155 : HOECK. — *Wiener Klin. Wochen.*, t. 41, 1893, p. 736.

Fillette née le 13 janvier 1893. Le 20, à 7 jours ophtalmoblennorrhée double particulièrement grave dont le pus est riche en gonocoques.

Le 25 février : température à 38°8, arthrite du genou gauche ponctionnée.

Le 28 : liquide riche en gonocoques, qui cultive sur gélose au sang. Deuxième ponction de même le 8 mars.

Le 18 mars : arthrite de la hanche gauche qui est le siège d'un gros gonflement, on est surtout frappé à l'examen par la mobilité anormale et par la translation du grand trochanter en arrière. La tête a sûrement quitté la glène.

Le diagnostic de coxite avec épanchement étant fixé, celle-ci était-elle gonococcique ? Il est bien probable que le processus était le même qu'au genou mais je ne l'ai pas ponctionnée.

Évolution. — Le genou guérit mais la hanche est rapidement en flexion, abduction et rotation externe avec gros ganglions inguinaux; toujours la mobilité anormale subsiste avec trochanter rejeté en arrière.

Peu après, rhinite, bronchite, et, le 6 avril, âgée de 3 mois l'enfant meurt de broncho-pneumonie, elle pèse 2 kg, 500.

Autopsie. — La hanche gauche contient du liquide, la synoviale est très rouge.

Le cotyle est comblé en partie. Dans le milieu persiste encore l'insertion du mince ligament rond.

Sous l'épine iliaque antérieure, sur l'ilion une nouvelle glène s'est formée, avec un bord supérieur très net, sur lequel la capsule s'est transplantée.

La tête, est très mobile dans la vaste glène. Les surfaces articulaires sont lisses.

La hanche droite a un aspect analogue mais moins accentué, la tête semble très mobile, je ne l'ai pas ouverte.

En résumé : à l'autopsie, péritonite purulente, rhinite purulente, arthrite suppurée genou gauche. Coxite gauche. Coxite droite.

Luxation congénitale des deux hanches avec néarthroses.

Observation 156 : KIMBALL. — *Médical Record*, novembre 1903.

Garçon 2 mois.

Polyarthrite sans que la hanche soit notée cliniquement.

Pus dans cheville, et doigt pied. Meurt en 3 semaines.

Gonos dans le pus.

Autopsie. — Toutes les grosses articulations ouvertes pus dans toutes les articulations notées et aussi dans les hanches.

Pas porte d'entrée décelable.

Observation 157 : — *Id.*

Garçon 2 mois entré pour syphilis. Plaques muqueuses dans la bouche et lésions cutanées sur les bras.

Pas de conjonctivite, ni uréthrite.

Genou, chevilles, épaules, abcès occipital, abcès *hanche* contiennent du pus.

Gonos dans bouche mais pas culture possible, et gonocoques dans tous les prélèvements de pus;

Observation 158 : RASPI-MARIO. — *Riv. di-Clin. Pedia.*, t. 24, 1926, p. 12.

Garçon de 30 jours : gonflement douloureux, épaule droite, 4^e doigt main droite, puis hanche droite.

La ponction de l'épaule et de la cheville montre du pus avec des gonocoques. Guéri par le vaccin antigono à l'exception de la hanche où les lésions évoluèrent vers la luxation spontanée.

Observation 159 : STRANDBERG (Stockholm). — *Monat. f. dermat. und Syph.*, 1911.

A vu chez un nourrisson syphilitique de 8 jours une arthrite gonococcique de la hanche.

Observation 160 : SWOBODA (cité par ZARFL). — *Wien. Klin. Wochen.*, 1912.

Fille de 5 ans, uréthrite et vulvo-vaginite. 10 jours après arthrite des deux genoux et le lendemain de la hanche gauche. L'amélioration n'a débuté qu'au bout d'un mois. L'enfant n'a été guérie qu'après 5 mois.

A ces observations il faut ajouter une vingtaine de cas qui font partie des statistiques de König, Bennecke, Langenbeck, Coopermann, mais qui n'ont pas été analysées avec assez de détail pour que nous puissions les reproduire ici.

CONCLUSIONS.

I. Dans le groupe des arthrites graves de la hanche, il faut désormais faire une place plus importante à la coxite gonococcique. Elle constitue une entité pathologique bien définie qu'il y a intérêt à savoir dépister et traiter, car ses conséquences chez l'adulte comme chez l'enfant sont redoutables.

II. Cette étude est basée sur 180 observations environ qu'il a été possible de retrouver dans la littérature, auxquelles nous avons joint 11 cas nouveaux recueillis en peu de temps dans divers services hospitaliers, ce qui permet de dire que cette localisation articulaire de la blennorragie est beaucoup moins rare qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

III. La coxite gonococcique se rencontre également chez l'homme et chez la femme; elle serait même sans doute plus fréquente chez cette dernière (9 sur 11 de nos cas personnels), surtout si l'on se rappelle que bien des arthrites de la puerpéralité sont d'origine blennorragique.

IV. Les coxites gonococciques de l'enfance sont encore mal connues. Une étude récente (Coopermann) vient d'attirer l'attention sur les formes du nourrisson et de montrer leurs conséquences désastreuses.

V. La coxite gonococcique franche, aiguë, se fait remarquer par l'atroce intensité de la douleur. C'est de toutes les arthrites de la hanche certainement la plus douloureuse.

Elle peut revêtir tous les aspects cliniques connus de l'arthrite blennorragique, mais ici la forme ostéo-articulaire est pour ainsi dire la règle. L'altération osseuse existait à des degrés divers dans chacune des 11 observations que nous rapportons. Ces lésions, presque constantes, ne sont jamais aussi rapides et aussi intenses que dans la coxite à gonocoques, pouvant aboutir à la destruction totale de l'articulation, et ceci parfois malgré une extension continue et une immobilisation bien appliquées.

VI. Les conséquences de cette atteinte du squelette sont les luxations pathologiques du fémur et les enfoncements du cotyle avec protrusion.

La luxation pathologique se rencontre dans 6 sur 11 de nos observations, soit dans plus de la moitié des cas. Elle est presque fatale dans les formes

graves de l'adulte et chez le nourrisson du fait de la disparition précoce et complète du noyau de la tête.

VII. Nous avons vu avec certitude la coxite gonococcique aboutir à des aspects radiographiques, rappelant chez l'enfant, ceux de la luxation congénitale et de l'ostéo-chondrite; chez l'adulte, ceux du cotyle à double fond avec subluxation, et de la coxarthrie, ce qui oblige à se demander si le gonocoque ne pourrait pas être à l'origine de bien des luxations de la hanche dites congénitales, de bien des coxa-vara, maladies de Legg-Calvé, arthrites déformantes et chroniques de l'âge adulte, ou de morbus-coxæ senilis.

VIII. Il semble permis d'affirmer avec quelque vraisemblance que la coxite gonococcique est, dans la majorité des cas, une ostéo-arthrite. La constance des lésions osseuses le faisait prévoir, la découverte, par plusieurs auteurs, du microcoque de Neisser dans le tissu osseux de la tête fémorale même, en est la preuve certaine.

IX. Le pronostic de 17 cas suivis depuis plus de 2 ans peut se résumer de la manière suivante :

Une mort par septicémie associée;

Onze luxations pathologiques avec raccourcissement toujours important du membre inférieur pouvant atteindre 3 et 4 cm;

Trois seulement de ces 16 malades ont guéri sans ankylose;

Trois autres conservent quelques degrés de flexion, et parmi les 10 derniers, 2 soudés en mauvaise position ont dû, de ce fait, être opérés ultérieurement.

X. Étant donné le pronostic sévère de l'arthrite blennorragique de la hanche du fait de l'évolution presque fatale vers l'ankylose et la luxation pathologique si on l'abandonne à elle-même, il importe de la dépister précocement par tous les moyens en notre pouvoir : recherche soigneuse d'une gonococcie dans les antécédents immédiats ou d'une infection devenue chronique, ponction de l'articulation et recherche du gonocoque dans le liquide, biopsie articulaire pour permettre l'examen de la synoviale et du tissu osseux, enfin épreuve du traitement quand tous les autres procédés ont échoué.

XI. On peut tenter d'enrayer le processus infectieux destructeur par le traitement spécifique sérique et vaccinal, mais le seul moyen de *lutter énergiquement contre les conséquences de cette destruction demeure l'extension continue associée ou non à l'immobilisation plâtrée qui, dans tous les cas, amène une sédation magique des phénomènes douloureux et que nous avons seule vue s'opposer efficacement à la luxation pathologique.*

BIBLIOGRAPHIE.

- ALEXANDRE. — Rhumatisme pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1883-1884).
- AMARAL (DO). — *Thèse de Paris*, 1891.
- ARNING et MEYER DELINS. — Des hyperkératoses blennorragiques (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. 108, 1911, p. 3).
- ARNOLD et HÖLZEL. — *Munch. Med. Wochen.*, 1914.
- ARMAND et MOUMONT. — *Voir MOUMONT* (*Thèse de Bordeaux*, 1896-1897).
- ASSEMAT. — Arthrite gonococcique, et traitement par le sérum polyvalent (*Thèse de Paris*, 1923).
- AUDRY (CH.) (cité par HAMANN). — *Traité des maladies blennorragiques*.
- BAER (STEVENSON). — Arthroplastie de la hanche (*Journal de Chirurgie*, 1927, p. 283).
- BAISLE. — Du rhumatisme blennorragique (*Thèse de Paris*, 1887-1888).
- BARAL. — Rhumatisme puerpéral (*Thèse de Paris*, 1884-1885).
- BAUMLER. — Arthrite rachidienne inflammatoire chronique ankylosante (*Deutsch. Zeits. f. Nervenheilkunde*, t. XII, 1898, p. 177).
- BAZY (LOUIS). — *In FELGEYROLLES* (*Thèse de Paris*, 1912-1913).
- BAZY (LOUIS). — Traitement des arthrites blennorragiques (*Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921, p. 540).
- BEC. — Traitement des ankyloses de la hanche (*Thèse de Paris*, 1908-1909).
- BÉGOUIN. — Pseudo-rhumatisme puerpéral, son identité avec le rhumatisme blennorragique (*Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1898, p. 1 et 139).
- BENASSON. — Quelques traitements récents du rhumatisme blennorragique (*Thèse de Paris*, 1911).
- BENDA. — Contribution à l'étude pathogénique de la protrusion du cotyle (*Arch. f. Gyn.*, 1926, p. 186-203. Analyse in *Centralb. f. Gyn.*, 1926).
- BENNECKE. — L'arthrite blennorragique (Berlin, Hirschwald, 1899).
- BENOISTE-PILLOIRE. — Arthrites suppurées aiguës de la hanche chez le nourrisson (*Thèse de Paris*, 1925).
- BENSON (H. A.). — Un cas d'endocardite gonococcique (*J. of Am. Med. Ass.*, 25 mai 1918, p. 1524).
- BISCHOFF. — Contribution à l'étude du bassin dit de Otto Chroback (*Thèse de Kœnigsberg*, 1911).
- BLOODGOOD. — Cité par HAMANN (1904).
- BOINET. — Arthrite suppurée à gonocoques (*Gaz. des Hôpitaux*, 16 mai 1899).
- BOINET. — Arthrite suppurée et rhumatisme polyarticulaire avec manifestation spinale d'origine blennorragique (*Congrès des Médecins aliénistes de France*, 1899, p. 551).
- BONNET (A.). — *Traité des maladies des articulations* (1845).
- BOUCHARD. — *Maladies par ralentissement de la nutrition* (Paris, 1885, p. 347).
- BOUCHUT. — *Traité pratique des maladies des nouveau-nés* (1892).
- BOUILLAUD. — *Traité du rhumatisme articulaire aigu* (1840).

- BOUILLY. — Comparaisons des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques (*Thèse d'Agrégation*, 1878).
- BRANDES (de Copenhague). — Du rhumatisme blennorragique (*Archives générales de Médecine*, septembre 1854).
- BRAUER. — Ankylose vertébrale chronique (*Munch. Med. Wochen.*, 1902, p. 161).
- BREMSEHN. — Deux cas d'ankylose chronique du rachis (*Munch. Med. Wochen.*, 1922, p. 117).
- BRES. — De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorragique (*Thèse de Paris*, 1897-1898).
- BRESSOT. — Coxalgies et pseudo-coxalgies (*Paris médical*, t. XLVII, 27 janvier 1923, p. 89).
- BREUS. — Étiologie et genèse de la protrusion du cotyle dite de Otto (*Wiener Klin Wochen.*, 1913, n° 5, p. 167).
- BREUS et KOLISKO. — Les bassins pathologiques (Leipzig, t. III, 1912, p. 475).
- BROCA. — Arthrites non tuberculeuses de la hanche (*Presse médicale*, 1^{er} novembre 1922).
- BROCA et MASSART. — Arthrite de la hanche avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale (*Revue de Chirurgie*, 1923, p. 169).
- BRODHURST. — Rhumatisme gonococcique (*Russel-Reynold System of Med. Londres*, 1866, t. I, p. 923).
- BROWN. — Arthrite rhumatismale de la hanche, luxation spontanée dorsale, réduction au bout de plusieurs mois (*Boston Med. and Surg. J.*, 29 septembre 1870, p. 197).
- BRUN. — *Thèse de Paris*, 1881.
- BUDINGER. — Arthropathies tabétiques (*Beitr. z. Klin. Med. u. Chir.*, 1896).
- BUHRIG. — Coxite rhumatismale suppurée, névrites sciatique et crurale, guérison (*Deutsche Klinik*, 1850, p. 38).
- BURKARDT. — In RITTER VON HOFFMANN (*Central. f. die Grenzgeb. Med. u. Chir*, 1903, p. 241).
- CABOCHE. — Des luxations subites coxo-fémorales au cours de la coxalgie et de certaines maladies aiguës (*Revue d'Orthopédie*, 1898).
- CAPETTE. — Voir LOUIS BAZY (*Bull. Soc. de Chir.*, 1921, p. 540).
- CATHELIN et GRANDJEAN. — La Blennorragie (Paris, 1926).
- CAYROCHE. — Sur la luxation consécutive de l'articulation coxo-fémorale ou dépendante d'un virus ou d'un vice général quelconque (*Thèse de Paris*, 1814).
- CHADWICK (H. O.). — Le gonocoque (*Boston Med. and Surg. Jour.*, 1895, p. 337).
- CHAPPLAIN (de Marseille). — De quelques maladies chirurgicales des articulations (*Bull. Soc. de Chir.*, 1874, p. 485).
- CHARRY (R.). — *Thèse de Paris*.
- CHARTERIS. — *British Med. J.*, 2 décembre 1876, p. 711.
- CHEVALIER. — Pathogénie du rhumatisme dans le cours de la blennorragie (*Thèse de Paris*, 1875).
- CHIARI. — Étiologie et pathogénie de la protrusion intrapelvienne du cotyle (*Beiträge zur Klin. Chir.*, t. 102, 1916, p. 318).
- CHIPAULT. — Ostéomyélite à streptocoque d'origine puerpérale chez un nouveau-né, ostéoarthrites multiples (*Bull. Soc. Anat.*, juin 1890).
- CHOLZOFF. — *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1914, n° 3.
- CLOQUET (J.). — *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes, Article Coxalgie.
- COOPERMAN (B.). — Arthrites pyogéniques de la hanche chez les nourrissons et les enfants (*Am. J. of Dis. of Children*, février 1926, p. 183).
- COOPERMAN (B.). — Arthrites gonococciques de la première enfance (*Am. J. of Dis. of Children*, juin 1927).
- CORBUS. — *J. Am. Med. Ass.*, t. 62 B, 1914, p. 1463.
- COUDRAY. — *Académie de Médecine*, 17 mars 1908; cité par GRISEL, 1910.

- COUDRAY. — Les luxations pathologiques dans les arthrites blennorragiques (*Thèse de Paris*, 1926).
- COULSON. — Affections de la hanche (Londres, 1837).
- CUMSTON (CHARLES GREENE). — Luxations spontanées de la hanche au cours des maladies aiguës (*Boston Med. and Surg. J.*, t. II, 1910, p. 684; *VI^e Congrès français de Gynécologie et Pédiatrie*, Toulouse).
- CUQ (PAUL). — Avarie gonococcique et arthrite blennorragique (*Écho Méd. des Cévennes*, septembre 1903, p. 163).
- DAVID. — De la grossesse, son influence sur la constitution physiologique et pathologique de la femme (*Thèse de Paris*, 1868).
- DEGEZ. — Des luxations subites consécutives aux maladies aiguës (*Thèse de Paris*, 1898-1899).
- DELBET et MORNARD. — Arthrite chronique de la hanche avec subluxation et ankylose progressive chez l'adulte (*Revue de Chirurgie*, 1925, p. 13).
- DELTEIL. — Les arthrites gonococciques de la hanche (*Thèse de Paris*, 1926).
- DEZANNEAU. — Le rhumatisme blennorragique et son traitement (*Thèse de Paris*, 1895-1896).
- DIDIER. — Des luxations pathologiques consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës (*Thèse de Paris*, 1880).
- DOLBEAU. — Leçons de clinique chirurgicale (1867).
- DREHMANN. — Déformations secondaires aux arthrites des nouveau-nés (*Zeits. f. orthop. Chir.* (Hoffa), t. 13, 1904, p. 272; *III^e Congrès allemand de la Société de Chirurgie orthopédique*, 1904; *Zeits. f. orthop. Chir.*, t. 14, 1905, p. 712; *IV^e Congrès allemand de la Société de Chirurgie orthopédique*, 1905).
- DUBOIS. — Des affections articulaires pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1879).
- DUCLAUX. — Ostéomyélite de la hanche (*Thèse de Paris*, 1905).
- DUGUET et CLAVELIN. — Arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'adulte (*Revue de Chirurgie*, 1925, p. 321).
- DUPLANT et PÉHU. — Deux cas d'arthrite blennorragique de la hanche (*Revue de Médecine*, 1899, p. 910).
- DUPLAY. — Périarthrite coxo-fémorale (*Progrès médical*, 1874).
- DUPONT. — De l'arthrite blennorragique (*Thèse de Paris*, 1871).
- ELTCHANINOFF. — Du rhumatisme blennorragique (*Thèse de Paris*, 1873).
- EWALD. — Fracture du cotyle et protrusion cotyloïdienne (*Zeits. f. orthop. Chir.* t. 33, 1913).
- ELMERS JOHNSON. — Arthrites aiguës des nourrissons (*Am. J. of Dis. of Children*, 1921).
- ÉTIENNE. — *Thèse de Nancy*, 1908-1909.
- EYRE et STEWART. — *Lancet*, t. II, 1909, p. 76.
- FELGEYROLLES. — Traitement du rhumatisme blennorragique par le radium et les autres corps radioactifs (*Thèse de Paris*, 1912-1913).
- FILIPI. — Arthrite blennorragique et son traitement (*Thèse de Paris*, 1892-1893).
- FLAMENT. — Des luxations pathologiques de la hanche dans la première et la deuxième enfance (*Thèse de Paris*, 1920).
- FORGUE et MAUBRAC. — Les luxations pathologiques (Paris, 1886).
- FOUCART. — *Journal des connaissances médicales et chirurgicales*, 1846, p. 222.
- FRANÇON et MERKLEN. — Coxite et sciatique. Diagnostic différentiel (*Bull. méd. de Paris*, 2 mars 1927, p. 259-262).
- FRANKEL. — Arthrite gonococcique (*Société des Médecins de la Charité, Berlin*, 1886; *Charité Annalen*, t. XI, 1886, Jahrg., S. 181-190).

- FRESNEY. — Rhumatisme blennorragique compliquant l'état puerpéral (*Thèse de Paris*, 1921).
- FRITZWETTE. — Luxations coxales après coxite chez le nourrisson (*Zeits. f. Orthop. Chir.*, 1906).
- FROELICH. — Contractures articulaires multiples (*Zeits. f. Orthop. Chir.*, t. 13, 1903, p. 286).
- FROELICH. — Coxites et coxalgies frustes de l'enfance (*Revue de Chirurgie*, 1917, p. 307-324).
- FROELICH (de Nancy). — Luxation centrale du fémur (*Revue d'Orthopédie*, 1919, p. 324).
- FROELICH. — Des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche du jeune âge, ou coxites de croissance (*Revue de Chirurgie*, 1923, p. 473).
- FRUHINSOLZ. — De la blennorragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité (*Thèse de Nancy*, 1902).
- FULLER. — Rhumatisme gonococcique guéri par la sémino-vésiculotomie (*New-York Med. J.*, 1908, t. I, p. 1028).
- GAENSLEN. — Discussion (*Congrès américain*, 1928, in *J. of. Am. Med. Ass.*, 1928, p. 1253).
- GAULEJAC. — *Thèse de Lyon*, 1904.
- GASH. — Arthrite suppurée de la hanche après circoncision chez un nouveau-né (*J. of. Am. Med. Ass.*, 7 juillet 1928, p. 20).
- GASNE. — Arthrites à pneumocoques (*Revue d'Orthopédie*, 1908, p. 225).
- GEORGIADIS. — De l'arthrite génitale survenue pendant la grossesse et dans le cours de la lactation (*Thèse de Paris*, 1883).
- GOSSELIN. — Arthrite coxo-fémorale, suite plus que probable de la blennorragie (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1879, p. 145).
- GOUGUET DE GIRAC. — Rapport Savariaud (*Bull. Soc. de Chir.*, 1921, p. 1335).
- GRAFF. — Luxation spontanée de la hanche dans les maladies infectieuses aiguës (*Deutsche Zeits. f. Chir.*, t. LXII, 1902, p. 588).
- GRANDRIE (E.). — Arthrites aiguës suppurées de la hanche chez le nourrisson (*Thèse de Paris*, 1928).
- GRAMINTZKY. — *Beitr. zur Klin. Chir.*, janvier 1914.
- GRIFFON. — *Presse médicale*, 1896, p. 88.
- GRISEL. — Périarthrite ankylosante de la hanche chez un enfant de 7 ans (*Revue d'Orthopédie*, 1910, p. 55).
- GRUNSPAN (M¹¹⁰) et FAROY. — Traitement des complications articulaires de la blennorragie par l'air chaud (*Gazette des Hôpitaux*, 1910, p. 355).
- GUNSBERG. — Arthrite gonococcique des enfants (*Monats. f. Kinderheilk.*, 1927, p. 486-494).
- HALIPRÉ. — Rhumatisme blennorragique grave. Ankylose de la hanche. Radiographie (*Normandie médicale*, 1902, p. 305).
- HALLÉ. — Un cas d'arthrite gonococcique chez une fillette de 7 ans (*Revue des maladies de l'enfance*, 1900).
- HALSTED. — Cité par HAMANN, 1904.
- HAMANN. — Ankyloses et caries à la suite d'infection gonococcique (*Cleveland Med. Journ.*, t. III, 1904, p. 117).
- HANOT. — Rhumatisme puerpéral dans les premiers mois de la grossesse (*France médicale*, t. I, 1881, p. 706).
- HARLEY. — Luxation blennorragique de l'épaule (*Royal Med. and Surg. Soc.*, 1896, in *British Med. J.*, t. I, 1896, p. 1090).

- HARSHA. — Arthrite gonococcique. Traitement (*Surg. Clinics of Chicago*, t. I, 1918, p. 314).
- HECKER. — Bassin rétréci par coxite chronique droite (*Arch. f. Gyn.*, 1881).
- HENSCHEN. — Luxation centrale spontanée du fémur (*Beitr. z. Klin. Chir.*, t. 65, 1909, p. 599).
- HENSCHEN. — De la migration centrale, intrapelvienne du cotyle, due aux arthropathies coxo-fémorales (*Zeits. f. Orthop. Chir.*, t. 33, 1913, p. 438).
- HERBST. — Traitement sérique de la gonococcie (*J. Am. Med. Ass.*, mai 1908, t. I, p. 1678).
- HERVIEUX. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1866-1867.
- HEWES. — *Boston Med. and Surg. J.*, 1894, p. 515.
- HIMMELREICH. — Des arthrites dues à la syphilis et à la gonococcie (*Thèse de Munich*, 1901).
- HOECK. — Arthrite blennorragique (*Wiener Klin. Wochen.*, 1893, n° 41, p. 736).
- HOFFA. — De la mobilisation des ankyloses osseuses (*Zeits. f. Orthop. Chir.*, t. 17, 1906).
- HOFFMANN (RITTER VON). — Infection gonococcique généralisée et métastique (*Centralb. f. die Grenzgebiete der Mediz. und Chir.*, 18 avril 1903, p. 241).
- HURTADO. — *Siglo Medico*, 1900, p. 660-662, et *Med. J. Madrid*, 1900, p. 627.
- HUTAN. — *Thèse de Paris*, 1905.
- IVENS. — Sérum antigonococcique (*British Med. Journal*, 15 janvier 1921, p. 77).
- JUDET. — Luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson (*Soc. des Chir. de Paris*, 20 avril 1928).
- KAREWSKI. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite gonococcique (*Centralb. f. Chir.*, 1891, n° 38, p. 747). Analyse dans *Centralb. f. Chir.*, 1892, p. 333; *Deutsche Med. Wochen.*, 1892, n° 2, p. 36.
- KELLY. — Rhumatisme articulaire aigu compliquant la puerpéralité (*New-York Med. J.*, t. I, 1888, p. 23).
- KENDAL. — Academy of medicine in Ireland (*Lancet*, 1889, t. II, p. 15).
- KIENBÖCK. — Modifications osseuses par arthrites gonococciques (*Centralb. f. Chir.*, 1922, p. 1257).
- KIENBÖCK. — Des altérations osseuses de l'arthrite blennorragique et de l'atrophie osseuse aiguë (*Wiener. Klin. Wochen.*, t. III, 1903, p. 57).
- KIENBÖCK. — Affections de la hanche s'accompagnant de déhiscence du fond du cotyle dans leurs rapports avec la gonococcie et le tabès (*Fortsch. der Röntgenstr.*, t. 18, 1912, p. 280).
- KIMBALL. — Gonorrhée chez le nourrisson. Étude de 8 cas de pyohémie (*Medical Record*, novembre 1903).
- KLEMM. — Ostéomyélite articulaire, en particulier à la hanche (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. 97, 1912, p. 415).
- KÖNIG. — Arthrites gonococciques (*Deutsch. Med. Wochen.*, 19 novembre 1896).
- KÖNIG. — Complications de la gonococcie et leurs rapports avec la chirurgie (*Berliner Klin. Wochen.*, 1900, n° 47, p. 1078).
- KÖNIG. — Maladies de la hanche. Coxite blennorragique (*Berliner Klin. Wochen.*, 1901, p. 65).
- KÖNIG. — Tuberculose des articulations humaines, paroi thoracique et crâne (Berlin, Hirschwald, 1906, 2^e édition).
- KRENIG. — Complications gonococciques de l'accouchement (*Centralb. f. Gyn.*, 1893).
- KRONLEIN. — Des luxations (*Deutsche Chir.*, herausgeg. bei Billroth et Luecke, 1882, p. 107).

- KULIGA. — Le bassin de « Chrobak » (*Ziegler's Beilage*, 1905).
- KUMMER. — Luxation iliaque postrhumatisme (Rev. méd. de la Suisse romande, 1897, p. 613).
- KUMMER. — La luxation coxo-fémorale dite spontanée (*Revue de Chirurgie*, 1898, p. 55, 111, 315 et 632).
- LAGOS GARCIA et A. L. MASUCCI. — Arthrites suppurées de la hanche chez les enfants (*Semana Medica*, 1927, p. 513-557).
- LADANYI. — Étiologie des polyarthrites dans leurs rapports avec la blennorrhagie (*Pester Med. Chir. Presse*, 1904, p. 1053).
- LAGRANGE. — In *Traité Duplay-Reclus*.
- LAMY. — Pseudo-luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson (*Soc. des Chir. de Paris*, 4 mai 1928, p. 322).
- LAMY et BENOISTE-PILLOIRE. — Arthrites à pneumocoques de la hanche chez le nourrisson et luxations de la hanche (*Presse médicale*, 5 septembre 1923).
- LANCE, ANDRIEU et CAPELLE. — *Journ. de Chir.*, mars 1921, p. 471-496.
- LANCEREUX. — In GEORGIADÈS (*Thèse de Paris*, 1883).
- LANGENBECK. — In MATHIEU et STRAUSS, *Dictionnaire Dechambre*.
- LANGERON et DELCOUR (Lille). — La coxite gonococcique. Ses formes cliniques (*Presse médicale*, 21 janvier 1928).
- LAPERSONNE (DE). — Arthrites infectieuses non tuberculeuses (*Thèse d'Agrégation*, 1886).
- LARMANDE. — Coxankylose ostéophytique par ossification du bourrelet cotyloïdien (*Thèse de Montpellier*, 1913).
- LAROYENNE et POLOSSON. — Ankylose des deux hanches. Arthroplastie unilatérale (*Soc. de Chir. de Lyon*, in *Lyon Chir.*, 1922, p. 750).
- LEBEUF. — Vaccinothérapie antigonococcique (*Thèse de Lyon*, 1923-1924).
- LEDDERHOSE. — Maladies de la hanche (*Deutsche Med. Wochen.*, 1922, n° 33, p. 1111).
- LE FORT DE LILLE. — Des luxations simples de la hanche (*Congrès d'Orthopédie*, 1928).
- LEFOUR et FIEUX. — Arthrite blennorrhagique et puerpéralité (*Gazette hebdomadaire des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1896, p. 280).
- LÉRI (A.). — La spondylose rhizomélisque (*Revue de Médecine*, 1899).
- LÉRI (A.). — Maladies de la colonne vertébrale (Paris, 1927).
- LE SAUVAGE (de Caen). — Luxations dites spontanées, en particulier celles du fémur (*Arch. gén. de Méd.*, 1835, p. 257).
- LE SCOLAN (M¹⁰). — *Thèse de Lyon*, 1923-1924.
- LOREY. — Vaginite, arthrite blennorrhagique suppurée du genou et de la hanche gauche, infection purulente. Mort (*Soc. d'Anal.*, 1874, in *Progrès médical*, 14 novembre 1874).
- LOUBET. — Des arthrites sacro-iliaques de la puerpéralité (*Thèse de Montpellier*, 1903).
- LOVETT (ROBERT). — Diagnostic des affections de la hanche (*Boston M. and S. Journ.*, 1902, t. II, p. 169).
- LUCKE. — Cité par MATHIEU et STRAUSS in *Dictionnaire Dechambre*.
- LYLE. — Arthrite rhumatismale de la hanche (*Annals of Surgery*, t. 51, 1910, p. 937).
- MACKENZIE (W.). — Les groupes d'arthrites destructives de la hanche chez les enfants (*Newcastle M. Journ.*, 1927, p. 191-200).
- MARIE (P.). — Deux cas de spondylose rhizomélisque (*Soc. Méd. des Hôp.*, 11 février 1898; *Revue de Médecine*, avril 1898).
- MARJOLIN. — Coxite rhumatismale aiguë avec ostéo-périostite de la partie supérieure du fémur (*Bull. Soc. de Chir. de Paris*, 1865, p. 392).
- MARKHEIM. — De l'arthrite blennorrhagique (*Deutsche Arch. f. Klin. Medizin.*, t. 72, 1902, p. 186).

- MAROTTA. — Nucléo-protéine gonococcique dans le traitement des complications blennorragiques, principalement des arthrites (*Semana Medica*, 10 juillet 1913, p. 63).
- MARTIRENÉ. — Quelques cas d'arthrites aiguës des enfants (*Thèse de Paris*, 1897-1898).
- MASSABUAU. — Arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche (*Paris Médical*, 19 juillet 1924).
- MATHIES. — Traitement des arthrites gonococciques (*Thèse de Kiel*, 1907).
- MATHIEU (E.) et STRAUSS (H.). — *Dictionnaire Dechambre*, 1879; article « Coxalgie ».
- MAUCLAIRE. — Des arthrites suppurées (*Archives générales de Médecine*, 1895).
- MERCIER. — Sur l'arthrite survenue pendant le cours de la grossesse (*Thèse de Paris*, 1883).
- MÉRET et NÉE. — Deux cas de rhumatisme blennorragique guéris par le courant continu (*Normandie médicale*, 1911, p. 22).
- MERKLEN (R.). — Contribution à l'étude des coxarthries de l'adulte (*Thèse de Paris*, 1925).
- MIROPOLSKY. — Traitement de l'arthrite blennorragique par le cataplasme de Trouseau (*Thèse de Paris*, 1889-1890).
- MONDOR (H.). — Arthrites gonococciques (*Rapport au XXXV^e Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1926).
- MONDOR (H.). — A propos de la coxite gonococcique (*La médecine*, octobre 1926).
- MONDOR (H.). — Les arthrites gonococciques (Paris, 1928).
- MOUCHET et CARLE RÆDERER. — *Bull. Soc. de Chir.*, 22 juin 1920, p. 930.
- MOULONGUET. — Lésions radiologiques de certaines arthrites aiguës de la hanche. (*Journ. de Radiologie*, mars 1926.)
- MOUMONT. — *Thèse de Bordeaux*, 1896-1897.
- MUSHAM. — *Mittil. aus. d. Grenz. d. Med. u. Chir.*, 1897, p. 689.
- NÉLATON. — *Bull. Soc. de Chir.*, juin 1902.
- NICOD (de Lausanne). — Luxations simples de la hanche (Discussion) (*Congrès d'Orthopédie*, Paris, 1928).
- NORDMANN. — Les arthrites gonococciques (*Mediz. Klinik.*, t. XI, 1915, p. 222).
- NOVÉ JOSSERAND. — Variété particulière d'une ostéo-arthrite de la hanche (*Revue des maladies de l'enfance*, 1902, p. 37).
- NOVÉ JOSSERAND. — Arthrite suppurée de la hanche chez le nourrisson (*La Clinique*, décembre 1907, p. 808).
- OCHSENIUS. — Luxation spontanée de la hanche au cours de la grippe (*Deuts. Med. Wochen.*, 1922, n° 52, p. 1726).
- PACI (A.). — Sur la coxite puerpérale et ses suites (*Arch. d. Orthop.*, 1891, p. 418 et 1892, p. 30 et 73).
- PAPIN et MAGNANT. — Sur un cas de coxite à début très aigu avec lésions osseuses, d'origine très probablement gonococcique (*Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 23 novembre 1928).
- PARKER. — Ostéo-arthrites de la hanche (*British Med. J.*, 1922, t. II, p. 539).
- PARISE (de Lille). — Luxations spontanées du fémur (*Archives générales de Médecine*, 1842, p. 1 et 142).
- PATENOSTRE. — Identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorragique (*Thèse de Paris*, 1883-1884).
- PAYR. — Réduction sanglante des luxations pathologiques anciennes de la hanche chez l'adulte (*Deutsch. Zeits. f. Chir.*, t. 57, 1900, p. 14).
- PELLETIER (R.). — Le bassin gonococcique (*Thèse de Paris*, 1928).

- PERRENOT. — Les arthrites chroniques de la hanche chez l'enfant à la lumière des idées nouvelles (*Loire Médicale*, décembre 1923, p. 669).
- PETER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1875.
- PETER. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 janvier 1867.
- PETIT (J.-L.). — *Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1722, p. 117.
- PIQUET (JEAN). — Ostéomyélite simulant la coxalgie (*Bull. Soc. de Chir.*, mars 1927, p. 423).
- POISSON. — Septicémie puerpérale gonococcique (*htèse de Paris*, 1915).
- PORTER. — Traitement du rhumatisme gonococcique par sérum antigonococcique (*J. Roy. Army Med. Corp.*, novembre 1907, et *Lancet*, t. II, 1907, p. 1479).
- POST. — Cité par Kelly.
- PROCHASKA. — Infection gonococcique généralisée (*Virchow's Archiv*, t. 164, 1901, p. 494).
- RASPI-MARIO. — Arthrite gonococcique du nourrisson (*Riv. di clin. Pediatr.*, t. 24, 1926, H. 12).
- RAYMOND. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 février 1899.
- RICHET. — Coxalgie rhumato-blennorragique (*Union Médicale*, 1868, p. 682).
- ROCHER. — A propos d'un cas de *coxa-vara* cervicale d'origine infectieuse (pathogénie de Froelich) (*Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1912, p. 542).
- ROCHER et MAGNANT. — Arthrite suppurée de la hanche gauche. Luxation pathologique simulant une luxation congénitale (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1927, p. 181).
- ROEDERER. — A propos des ostéo-arthrites suppurées chez le nourrisson (*Soc. des Chir. de Paris*, mai 1928).
- ROLLET. — Cité par MATHIEU et STRAUSS.
- ROSS. — Nouveau traitement du rhumatisme gonococcique (*Edinburg Med. J.* t. 28, 1922, p. 194).
- ROST. — Complications rares de la gonococcie; hyperkératose et ankylose généralisée (*Dermat. Zeits.*, t. 18, 1911, p. 233).
- ROTKY. — Septicémie à gonocoques (*Wiener Klin. Wochen.*, 1912).
- RUBINSTEIN. — Traitement des arthrites et bursites gonococciques (*Therap. Monatshefte*, t. IV, 1890, p. 379).
- RUCH. — Deux cas de luxation spontanée de la hanche (*Deutsche Zeits. f. Chir.*, t. 3, 1892, p. 594).
- RUGH (Torrance). — Dangers des opérations chez les blennorragiques (*Therap. Gazette*, 1909, p. 618).
- RYCKEWAERT. — Traitement du rhumatisme blennorragique par les injections intra-veineuses de sérum antigonococcique (*Thèse de Paris*, 1921).
- SAINTON. — Des luxations subites de la hanche au cours de certaines maladies aiguës (*Revue d'Orthopédie*, 1892, p. 354).
- SANIÈRES (L.). — Des luxations pathologiques au cours des infections atténuées de la hanche (*Thèse de Toulouse*, 1927).
- SCHERTLIN. — *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1911.
- SCHLAGENHAUFER. — Coxite blennorragique et enfoncement du plancher de l'acétabulum (*Virchow's Arch. f. Path. Anat.*, t. 194, 1908, p. 182-211).
- SCHUMACHER. — Thérapeutique par le « gonargin » (*Deuts. Med. Wochen.*, t. II, 1913, p. 2147-).
- SCHUSSLER. — *Thèse de Kiel*, 1912.
- SCHWAB. — Arthrite gonococcique de la hanche avec luxation (*Lancet*, t. I, 1927, p. 544).
- SELLET. — Vaccinothérapie dans les prostatites et arthrites gonococciques (*Mediz. Klinik*, n° 36, 1911, p. 1383).

- SILBERSTEIN. — Maladie de la hanche et puerpéralité (*Zeits. f. Orthop. Chir.*, vol. XV, 1905, p. 60).
- SINGER. — Rhumatisme puerpéral (*Wiener Klin. Rundschau*, 1902, p. 325).
- SINGER. — Des septicémies gonococciques (*Wiener Med. Presse*, 1896, n° 29, p. 952).
- SIREDEY. — Les maladies puerpérales, 1884.
- SONNENBURG. — Luxations spontanées du fémur au cours des maladies infectieuses et traitement (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. 35, 1885, p. 840).
- SONNENBURG. — Arthrite de la hanche terminée par carie (*Berliner Klin. Wochen.*, 5 avril 1886, p. 231).
- SONNENBURG. — Discussion à la Société des Médecins de la Charité de Berlin, 1886 (voir FRANKEL).
- SORREL. — Arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche chez l'enfant (*Congrès d'Orthopédie*, 1922. (*Revue d'Orthopédie*, 1922, p. 637).
- SOUPLET. — Blennorragie, maladie générale (*Thèse de Paris*, 1892-1893).
- SPENCER. — Du traitement des formes rebelles du rhumatisme blennorragique (*Semaine Médicale*, 1894, p. 264).
- STERN (WALTER G.). — Arthrite aiguë douloureuse et ankylosante (*Journ. of Am. Med. Ass.*, 27 octobre 1928, p. 1253).
- STIMSON. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'un rhumatisme articulaire aigu (*New-York Med. Journ.*, 1^{er} janvier 1884, p. 101).
- STRANDBERG. — Arthrites gonococciques (*Monat. f. Dermat. u. Syph.*, t. CVII, 1911, p. 177, et *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1910-1911).
- SWOBODA. — Cité par ZAREL (*Wiener Klin. Wochen.*, 1912, p. 1107).
- TAVERNIER. — *Bull. Soc. Chir. Lyon*, 13 novembre 1924, in *Lyon Chir.*, janvier 1925.
- TAYLOR. — Affections articulaires gonococciques (*Post Graduate*, 1906).
- TEDESCO. — Traitement des arthrites gonococciques par l'arthigon (*Wien. Med. Wochen.*, 1913, p. 635).
- THOMAS (B. A.) (Philadelphie). — Arthrites gonococciques (*J. of Am. Med. Ass.*, t. 89 B, 1927, p. 2174).
- THORNDIKE. — Arthrites aiguës infantiles de la hanche (*Boston Med. and Surg. J.*, t. 131, 1894, p. 432).
- TILANUS (d'Amsterdam). — Sur les luxations pathologiques de la hanche d'origine non tuberculeuse (*Congrès français de Chirurgie*, 1909).
- TODD (ALLAN H.). — Les arthrites de la hanche chez l'enfant (*Proc. of R. Soc. Med., Section Orthop.*, août 1925, p. 31).
- TRACOU et BUÉ. — Accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse (*Archives de Tociologie et de Gynécologie*, 1892, p. 6).
- TRÉLAT. — Coxalgie rhumatismale (*Gazette des Hôpitaux*, 1882, p. 1137).
- TRÈVES (ANDRÉ). — Ostéo-arthrites de la hanche à évolution anormale (*Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris*, 15 mai 1928, p. 282).
- UHLE et MACKINNEY. — Sérum gonococcique (*J. Am. Med. Ass.*, 1908, vol. LII., n° 2, p. 105).
- ULLMANN (H.). — Infection générale gonococcique (*Deutsche Arch. f. Klin. Med.*, vol. 69, 1901, p. 309-331).
- UNGER. — Gonocoque dans le sang au cours des polyarthrites gonococciques (*Deutsche Med. Wochen.*, 19 décembre 1901, n° 51, p. 894).
- VACHÉE. — Signes et diagnostic du rhumatisme uro-génital (*Thèse de Paris*, 1868).
- VAILLE. — Du rhumatisme puerpéral (*Thèse de Paris*, 1867).
- VERNEUIL. — Luxations subites au cours des maladies infectieuses (*Société de chirurgie*, 31 octobre 1883).

VOELKER. — De l'arthrite blennorragique (*Thèse de Paris*, 1868).

WALTHER. — Arthrites métastatiques gonococciques (*Boston Med. and Surg. J.*, avril 1914, t. I, p. 561).

WEIFSER. — Cité par CHADWICK (1895).

WILMS. — Traitement opératoire des cas graves d'arthrites gonococciques (*Munchener Med. Wochen.*, 20 mars 1917, p. 664-667).

WOLFSOHN et BRANDENSTEIN. — Double ostéo-arthrite coxale juvénile (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. 96, 1911).

ZARFL. — Coxite suppurée chez les nourrissons (*Soc. de Path. interne et Pédiatrie de Vienne*, 13 juin 1912, in *Wiener Klin. Wochen.*, 1912, p. 1107).

ZIELER. — Gonococcie généralisée (*Mediz. Klinik*, 1912, p. 219).

ZIGLER. — Trois cas d'arthrite gonococcique traités par sérum antigonococcique (*Medical Record*, 1910, t. II, p. 675).

ZWICKER. — Aspect radiologique de la protrusion cotyloïdienne (*Fortsch. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen*, novembre 1927, p. 1009).

ADDENDUM.

FORKNER, SHANDS et MARY POSTON. — Le liquide synovial dans les arthrites chroniques : bactériologie et cytologie (*Arch. of Internal Med.*, novembre 1928, t. 42, n° 5, p. 675).

Vu, bon à imprimer :

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,

P. LECÈNE.

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
HISTORIQUE.	1
ÉTIOLOGIE.	6
Fréquence.	6
Age.	8
Sexe.	8
Porte d'entrée microbienne.	9
Époque d'apparition.	10
Forme.	11
Causes prédisposantes.	11
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	15
Lésions macroscopiques.	15
Lésions histologiques.	22
PATHOGÉNIE.	26
CLINIQUE.	28
FORMES CLINIQUES.	39
Formes arthralgiques.	40
Formes à épanchement.	45
Formes ostéo-articulaires.	52
Formes septicémiques et ensemençantes.	66
Formes associées et spondylose rhizomélisque.	71
Formes puerpérales.	78
Formes des enfants.	94
COMPLICATIONS.	105
Luxations.	105
Protrusion cotyloïdienne et bassin gonococcique.	117
RADIOGRAPHIE.	129
PRONOSTIC.	134
DIAGNOSTIC.	141
Diagnostic rétrospectif : Lésions chroniques et déformantes.	160
TRAITEMENT.	178
OBSERVATIONS.	190
CONCLUSIONS.	239
BIBLIOGRAPHIE.	241

PARIS. — IMPRIMERIE GAUTHIER-VILLARS ET C^{ie},

85820 Quai des Grands-Augustins, 55.
